

Медицинская

28 декабря 2016 г.
среда
№ 98 (7718)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Счастливого Нового года!

Сотрудничество

Одно дело объединило всех

Импульс дала энергия молодых врачей



Накануне нового года в столице прошёл съезд молодых врачей стран СНГ, в котором приняли участие специалисты из России, Армении, Белоруссии, Киргизии, Эстонии. Организаторами форума выступили Содружество молодых врачей России и Армянская ассоциация молодых врачей, год назад заложившие базис взаимодействия на конференции в Ереване. Главной темой съезда стал вопрос медицинского образования, столь актуальный в предстоящем году для отечественных коллег.

Участники форума с интересом знакомились с достижениями и проблемами медицинского образования в странах, которые относительно недавно были частями одной большой системы. Подобный опыт весьма полезен как для

Верится, что пылкий ум и свежие идеи молодых будут очень востребованы в отечественной медицине

вчерашних выпускников, так и для умудрённых коллег. Отличительной особенностью съезда стал живой разговор, а также реальный обмен опытом и мнениями, который перерос в конкретные планы совместной работы. Делегаты подвели некоторые промежуточные итоги, обсудили предстоящие планы.

Итогом стало решение основать Межгосударственный информационно-образовательный центр, предназначение которого в оказании поддержки коллегам при планировании научной деятельности как на территории Российской Федерации, так и за её пределами.

По мнению генерального директора Содружества молодых врачей Ильи Ильинцева, потребность в подобном центре назрела давно, а с полноценным запуском системы

аккредитации в Российской Федерации она только возрастёт.

Сегодня в России и в сопредельных государствах внедряется много образовательных программ, но информация о них разбросана по всему интернету. Специалисту проблематично качественно «просеять» эту информацию, отобрав оптимальную. Причём критерии отбора и объём её будут только возрастать. Предстоящее начисление кредитов (баллов) за участие в тех или иных мероприятиях, а также неопределённость учёта таких баллов за участие в зарубежных конференциях и учебных программах добавит неразберихи и осложнит поиск оптимальных научных площадок.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Поздравления

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Примите мои самые искренние и сердечные поздравления с наступающим 2017 годом!

В канун праздника каждый из нас вспоминает о самых важных событиях уходящего года, подводит его итоги. Можно с уверенностью отметить, что 2016 г. стал важным шагом в развитии здравоохранения.

В нашей стране увеличилась продолжительность жизни, впервые превысив 72 года. Значительно снизились показатели смертности во всех возрастных группах, а материнская и младенческая смертность достигли минимальных показателей в истории России. Существенный вклад в это внесли 73 современных перинатальных центра самого высокого уровня, 10 из которых были открыты в этом году.

Особое внимание было уделено совершенствованию медицинского образования, выравниванию кадровых дисбалансов в системе, повышению оплаты труда, снижению бремени бумажной работы. Мы продолжили реализацию программы «Земский доктор», благодаря которой в сельские населённые пункты и рабочие посёлки было привлечено более 22 тыс. специалистов. В 2016 г. был дан старт процедуре аккредитации врача – первыми в этот процесс включились

выпускники вузов по специальности «стоматология» и «фармация». В ближайшей перспективе аккредитацию будут обязаны пройти все выпускники медицинских вузов.

В уходящем году Правительством РФ впервые в истории нашей страны утверждена единая комплексная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2020 г. Увеличился охват населения тестированием на ВИЧ, антиретровирусная терапия стала более доступной для тех, кому это необходимо.

Сделан важный шаг к созданию пациенториентированной модели здравоохранения: сформирован институт страховых представителей, в задачи которых входит не просто помочь пациенту, но и реальная защита его интересов.

Хотелось бы выразить искреннюю благодарность всем медицинским работникам страны, которые спасают человеческие жизни, общественным организациям и вам, уважаемые пациенты, за поддержку и терпение!

Желаю вам и вашим близким крепкого здоровья, добра и благополучия! С Новым годом!

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения
Российской Федерации.

С праздником!

Сердечно поздравляю вас с Новым 2017 годом!

Прошёл ещё один год, и в свои полноправные владения спешит вступить новый.

Очень хочется, чтобы в ваших сердцах остались самые добрые и приятные воспоминания об уходящем годе, чтобы он радовал вас сбывшимися надеждами и достижениями намеченных целей.

Трудно сказать, что принесёт наступающий год, но всегда надо надеяться на самое лучшее, с радостью и оптимизмом смотреть в будущее.

Новый год для многих из нас – это новый старт для добрых дел и начинаний, исполнения самых заветных желаний. Искренне надеюсь, что 2017 г. станет началом добрых перемен,

успешных дел и приятных открытий, подарит вам новые силы и мысли, новые творческие успехи.

Пусть коллеги, друзья и близкие люди радуют вас своим пониманием и поддержкой, а ваши чувства друг к другу будут, как и раньше, сильными и крепкими.

Пусть новогодний праздник подарит вам много приятных минут, а Новый 2017 г. – много счастливых дней, положительных эмоций, здоровья, семейного счастья и благополучия.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза
работников
здравоохранения РФ,
академик Академии
медико-технических наук,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Память

С именем Елизаветы Глинки

Министр обороны РФ Сергей Шойгу заявил, что одно из медицинских учреждений ведомства решено назвать в честь врача и правозащитницы, исполнительного директора фонда «Справедливая помощь» Елизаветы Глинки, погибшей в авиакатастрофе в районе Сочи.

Начатое Е.Глинкой дело продолжено. Гуманитарная помощь для университетского госпиталя Тишрин в Латакии

уже отправлена в Сирию другим самолётом и благополучно доставлена на российскую авиабазу Хмеймим.

Кроме того, глава Республики Чечня Рамзан Кадыров принял решение присвоить детской больнице в Грозном имя Е.Глинки.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Москва.

Новости

Что показала независимая оценка

Общественный совет при Комитете по здравоохранению администрации Волгоградской области провёл независимую оценку медицинских учреждений региона за 2016 г. Было проинспектировано 67 больниц и поликлиник, 23 частных медучреждения.

В результате независимой оценки качества работы медицинских учреждений лидерами среди стационаров определили: Волгоградский областной клинический хоспис, областной детский санаторий и областной клинический перинатальный центр № 2.

Среди учреждений поликлинического типа эксперты назвали лучшими Отделенческую клиническую больницу на станции Волгоград-1 ОАО РЖД, поликлиники областного перинатального центра № 2 и Волгоградского уронефрологического центра.

Оценка проводилась путём анкетирования, а её критерием явилось мнение пациентов о времени ожидания предоставления услуги, доброжелательности, вежливости и компетентности медицинских работников. Были и такие вопросы, как удовлетворённость получателей услуг, открытость и доступность информации о медицинском учреждении.

По итогам работы экспертов составлен рейтинг, выработаны рекомендации, касающиеся повышения качества обслуживания пациентов. В 2017 г. работа Общественного совета по дальнейшему независимому инспектированию будет продолжена.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Новый дом онкоцентра

В Пскове завершена капитальная реконструкция бывшего здания железнодорожной больницы, продолжавшаяся 4 года, и в нём справил новоселье областной онкологический центр. На кардинальную перепланировку помещения больниц, строительство новых корпусов и закупку более чем 3 тыс. единиц оборудования затрачено 1,5 млрд руб. из федерального и консолидированного областного бюджета. Курировал ход кардинальной модернизации онкоцентра губернатор Андрей Турчак.

Мощность нового центра борьбы с раком – 90 круглосуточных коек, включая палаты для пациентов из маломобильных групп населения. Оснащение – наисовременнейшее: однофотонно-эмиссионный томограф, который помогает исследовать поражённые органы изотопами и моделировать в режиме 3D-изображения опухоли, гамма-терапевтический аппарат дистанционного облучения, предназначенный для удаления злокачественных опухолей без повреждения здоровых тканей и органов, маммограф, позволяющий делать прицельную биопсию, МРТ, УЗИ-аппараты экспертного класса, в лаборатории – новейшие микроскопы и анализаторы.

Как заявил главный врач онкоцентра Вячеслав Шипаев, возможности псковской медицины по эффективной борьбе с раком возросли многократно. Теперь профилактикой онкозаболеваний, выявлением их на ранних стадиях можно заниматься предметно и системно, а диспансеризацию поднять намного выше обычного провинциального уровня, ведь объёмы ежедневного приёма населения значительно возросли.

Владимир КОРОЛЁВ.

Псков.

Сканирующий пучок протонов

Первый сеанс стереотаксической протонной терапии прошёл в Обнинском филиале Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба. Этот метод открывает новую эру в борьбе с раком центральной нервной системы, опухолями головы и шеи, глаза. Высокая точность и эффективность метода достигается путём трёхмерного многопольного (360°) облучения злокачественных образований тонким сканирующим пучком протонов, полученных на собственном ускорителе. С введением в строй отечественного протонного терапевтического комплекса, российские онкологи реализуют абсолютно новые возможности в облучении малых и сверхмалых мишеней, расположенных практически вплотную к критическим органам и структурам, особенно при лечении детей.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Обнинск.

Служебные квартиры для медицинских семей

Просторную «двушку» в одном из благоустроенных домов посёлка Отрадное выделили власти Ленинградской области в последние дни уходящего года для постоянного проживания молодой семьи специалистов общей врачебной практики, не так давно влившихся в коллектив медицинских работников Выборгской межрайонной больницы. Она стала 34-й по счёту квартирой, которая в 2016 г. приобретена в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения в Ленинградской области» и её подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Как сообщили «МГ» в Комитете по здравоохранению области, с начала года жилищные условия за счёт регионального бюджета улучшили медики из всех 17 административных районов области, получив ключи от одно-, двух- и трёхкомнатных квартир. Всего на покупку 1649 м² жилого фонда было направлено 71,5 млн руб. Не вызывает сомнений, что программа по предоставлению служебного жилья врачам и среднему медперсоналу, которое через 10 лет разрешается её участникам приватизировать, будет работать и дальше. На адресную покупку квартир нуждающимся медикам в свёрстанном областном бюджете на 2017 г. заложено 78 млн руб.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Ленинградская область.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

Сотрудничество

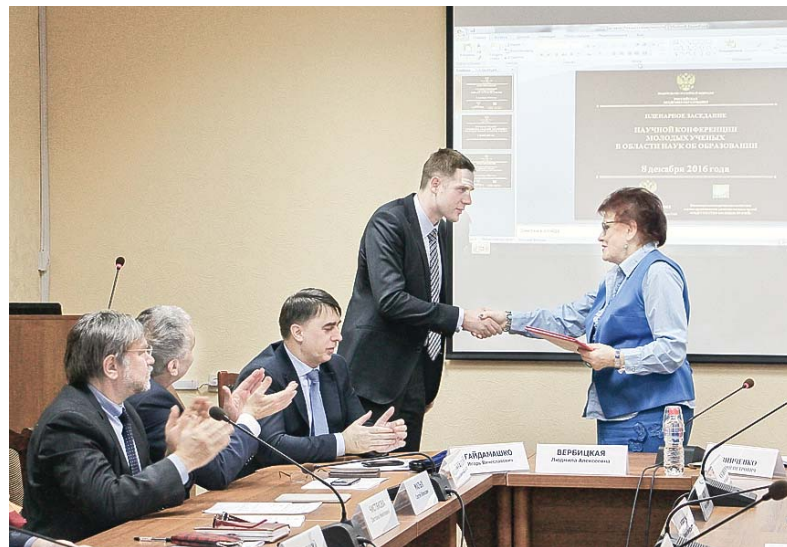
Одно дело объединило всех

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Важным решением, принятым на съезде, стала инициатива основания совместного научного издания, в котором представится возможность молодым практикующим специалистам и аспирантам, а также их наставникам публиковать свои работы. Это издание может стать важной составляющей для более активного профессионального и научного роста молодых коллег. Не секрет, что молодому врачу опубликоваться в ведущих научных журналах бывает крайне непросто, а работа «в стол» уничтожает мотивацию. Новое издание позволит бороться с этой проблемой.

Редакционная коллегия научного журнала, как отметил президент Армянской ассоциации молодых врачей Геворг Григорян, будет состоять из опытных врачей и профессоров – с некоторыми уже ведутся переговоры, назначены ответственные за функционирование рабочих групп и формирование редколлегии. Ожидается, что первый выпуск научного журнала увидит свет в следующем году.

Помимо традиционных, «академических» подходов к образованию, ещё одной важной темой съезда стала тема наставничества, над которой Содружество молодых врачей и Ассоциация заслуженных врачей России работают уже несколько лет. Все желающие могли лично задать вопросы выступившему перед собравшимися



Президент РАО Людмила Вербицкая приветствует молодых врачей

председателю ассоциации Виктору Егорову. Кроме него с приветствием к коллегам обратились член Общественного совета при Минздраве России Олег Нагибин, вице-президент Российской академии образования Юрий Зинченко и другие.

Отличительной особенностью съезда стало его проведение в стенах Российской академии образования совместно с Советом молодых учёных академии в рамках большой научной междисциплинарной площадки, посвящённой образованию – конференции молодых учёных в области наук об обра-

зовании. Таким образом, участники получили возможность не только пообщаться с коллегами, но и со специалистами смежных специальностей, таких как клинические психологи и педагоги.

Подводя итоги форума, его участники отметили, что получилось интересное, насыщенное информацией, идеями и энергией мероприятие, которое дало новый импульс для межгосударственного взаимодействия молодых врачей.

Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Москва.

Акции

Маме и младенцу будет удобно

К этому стремятся медики Невинномысска

Как известно, больница – не самое удобное место для приятного времяпрепровождения; исключение, пожалуй, составляет лишь роддом – то самое место, где на свет появляется новая жизнь. И очень важно, чтобы в этот ответственный момент рядом с женщиной – будущей мамой – находились внимательные, квалифицированные и опытные специалисты, не менее важно и то, чтобы условия пребывания в роддоме как новоиспечённых мамаш, так и новорождённых были максимально комфортными.

Все эти банальности пришли на ум, когда в родильное отделение городской больницы Невинномысска поступило 32 комплекта функциональной мебели: кровати для беременных и пациенток послеродового отделения, тележки и кровати для новорождённых, пеленальные столы, тумбочки, стулья. Оборудование изготовлено с учётом потребностей пациенток: у медицинских кроватей предусмотрена удобная регулировка угла наклона головной секции, удобные ортопедические матрасы также рассчитаны на физические особенности будущих мам и родивших женщин.

Всё оборудование приобретено на средства меценатов, как это принято сейчас называть – в рамках государственно-частного партнёрства за счёт средств одной из компаний. Директор Не-



В.Беляйкин вручает А.Ильенко благодарственное письмо

винномысской государственной районной электростанции (это предприятие входит в структуру компании) Александр Ильенко сообщил, что шефство невинномысских энергетиков над городской больницей продолжится уже 7 лет, и заверил собравшихся в том, что компания и в дальнейшем будет развивать программу поддержки социально значимых проектов муниципального образования.

В свою очередь главный врач больницы Вадим Беляйкин вру-

чил А.Ильенко благодарственное письмо.

Всего за год в роддоме принимают до 2 тыс. родов. Число малышей, появляющихся на свет в промышленной столице региона, неуклонно растёт, и уже более 15 лет родильный дом носит статус «Больницы, благожелательной к ребёнку».

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Эхо трагедии

На особом контроле

Организация оказания медицинской и медико-психологической помощи родственникам погибших находится на личном контроле министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

Об этом сообщил журналистам директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. Все адреса, по которым проживают родственники погибших, взяты на

особый контроль Центром экстренной медицинской помощи Москвы. Родственники остальных погибших взяты на контроль медицинскими работниками ведомственных медицинских организаций. В здании Академического ансамбля песни и пляски им. А.В.Александрова организовано дежурство бригад скорой медицинской помощи. Сформирован резерв коек для госпитализации по экстренным показаниям в одной из больниц Москвы.

Работает горячая линия экстренной психолого-психиатрической помощи Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского. Специалисты центра готовы оказывать психологическую помощь близким погибших.

Организация судебно-медицинских экспертиз погибших в Москве будет осуществляться Российским центром судебно-медицинской экспертизы Минздрава России во взаимодействии со специалистами Министерства обороны РФ.

Соб. инф.

Официально

Электронным больничным — да

Депутаты Государственной Думы РФ в ходе пленарного заседания приняли в первом чтении законопроект, предусматривающий введение электронных больничных листов.

«Проект федерального закона предусматривает возможность использования листка нетрудоспособности как на бумажном носителе, так и в форме электронного

документа, сформированного в автоматизированной информационной системе, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченных лиц и имеющего равную юридическую силу с листком нетрудоспособности, оформленным в установленном порядке на бланке листка нетрудоспособности по форме, утверждённой приказом Министерства здравоохранения

РФ», — говорится в пояснительной записке к документу.

На рассмотрение нижней палаты отечественного парламента законопроект был внесён Правительством РФ. По мнению авторов законодательной инициативы, такая мера, в частности, позволит снизить случаи подделок листов нетрудоспособности.

Валентин СТАРОСТИН.

Проекты

Производство и транспортировка БМК

Минздравом России подготовлен ряд проектов нормативных правовых актов в целях реализации норм Федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах».

Проектами приказов устанавливается порядок предоставления документов в целях государственной регистрации биомедицинского

клеточного продукта (БМК), а также возможные способы, условия и сроки транспортировки биологического материала.

В документах прописаны правила получения биологического материала для производства БМК и порядка передачи его производителю.

Также проектами утверждается процедура оформления волеизъяв-

ления гражданина о его несогласии на посмертное предоставление биологического материала для производства БМК. Регламентируется порядок внесения в медицинскую документацию данных о решении человека, которое может быть высказано в устной или письменной форме.

Соб. инф.

100 строк на размышление

Искать нужно не болезнь, а здоровье

Если в государственных учреждениях здравоохранения пациента на анализы отправляет специалист, то в частных клиниках это можно делать самостоятельно. По словам заместителя генерального директора известной лабораторной сети Людмилы Тищенко, в ряде случаев это не так и плохо, если пациент следит за показателями своего здоровья.

— Мы отдаём себе отчёт в том, что автомобиль должен пройти ежегодный техосмотр, но не соотносим такой подход к самому себе, — говорит она. — Главная задача системы здравоохранения в целом — привить человеку понимание того, что здоровьем можно управлять!

Л.Тищенко уверена: обычному человеку трудно даже представить возможности лабораторной диагностики, в то время как с её помощью диагностируется до 95% заболеваний.

Однако анализ анализу рознь. Когда люди необдуманно назначают сами себе онкомаркёры или другие подобные обследования, ничего, кроме вреда, это не приносит...

Какую же роль в сохранении здоровья и предупреждении заболеваний играют лабораторные исследования? Ответы на эти вопросы даёт недавно проведённый опрос «Ценность лабораторной

диагностики», который охватил 2 тыс. респондентов в возрасте от 18 до 75 лет из 17 городов страны.

По словам организаторов, исследование было направлено на изучение причин и частоты обращений россиян к лабораторным исследованиям. Это особенно важно в свете не теряющей актуальности аксиомы об эффективности ранней диагностики любого заболевания и важности её в плане профилактики. Поскольку, как метко заметила Л.Тищенко, искать нужно не болезнь, а здоровье.

Опрос, проводившийся в течение полугода методом телефонного интервью, показал достаточно высокий уровень обращения россиян к услугам лабораторной диагностики: 67% респондентов сдавали те или анализы в течение года.

Однако люди недооценивают прогностические возможности этой сферы медицины и обращаются к ней только тогда, когда появились симптомы недомоганий: за последние полгода лишь 9% опрошенных сдавали кровь по собственной инициативе с целью профилактики.

Радует, что из тех 46% респондентов, у кого возникали проблемы со здоровьем, чуть больше половины (56%) обратились к врачу, 76% из них получили направление на анализы, 95% их сделали. Но это также значит, что остальные 44% заболевших либо лечились

самостоятельно, либо не лечились вообще!

Исследование выявило, что анализы крови на ВИЧ и гепатит В, С когда-либо сдавали 79% и 76% соответственно. Тем не менее число тех, кто никогда их не делал, не знает о своём статусе и потенциально представляет угрозу распространения этих вирусов, также велико. Анализ крови на ВИЧ никогда не сдавали или не помнят об этом 21% россиян, и больше половины из них объясняют это тем, что не видят в анализе необходимости. На гепатит В, С никогда не проходили тестирование или не помнят 25% опрошенных, 56% — по той же самой причине.

Такая картина в значительной степени обусловлена тем, что инфицирование человека ВИЧ или вирусами гепатита В, С происходит незаметно и бессимптомно. Эти вирусы обладают поразительной способностью и скоростью мутации. Поэтому ранняя диагностика крайне важна для контроля распространения этих вирусов как в России, так и в мире, — считают специалисты.

И, конечно же, очень важно, чтобы жители понимали, какие анализы можно и нужно сдавать самостоятельно, а какие — только по рекомендации врача.

Даже в целях профилактики...

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Здоровая жизнь

Худеем вместе... по скайпу!

Термин «телемедицина» у всех на слуху. Этот метод оказания медицинской помощи на расстоянии сейчас пытаются освоить в отечественном здравоохранении. А вот о применении телекоммуникаций в области профилактической медицины пока ничего не слышно. Между тем современные технологии уже взяли на вооружение ямальные врачи-профилактологи.

Дистанционный формат работы начали использовать специалисты окружного Центра медицинской профилактики в своём проекте «Худеем вместе». Недавно эндокринолог Елена Свайкина провела по скайпу первое занятие с жителями города Муравленко, которые собрались для видеосвязи в отделении медицинской профилактики городской больницы.

Желающие избавиться от лишнего веса под руководством нашего специалиста будут посещать онлайн-консультации в течение полугода. За это время они научатся рассчитывать калорийность блюд, составлять оптимальное для себя меню, вести дневник питания, узнают много нового о принципах здорового образа жизни и другое, что поможет блюсти фигуру и при этом сохранять хорошее самочувствие.

Идея внедрить в работу окружного центра онлайн-консультации родилась во время очередного рейда «автобуса здоровья» по

городам и весям региона. Известно, что в стандарт любого профилактического медицинского обследования входит не только набор манипуляций и измерений, но и консультация врачей, в том числе относительно правил здорового питания. Этой темой особенно заинтересовались наши муравленковские коллеги и захотели продолжить общение. Они предложили не ждать очередного визита надымских специалистов, а наладить постоянную связь друг с другом посредством интернета. Инициатива пришлась по душе всем, и как только появились технические возможности, она тут же реализовалась.

Конечно, судить об эффективности пилотного проекта и тем более говорить о немедленном внедрении такой практики в повседневную работу пока рано. Очевидно только, что использование телекоммуникационных технологий открывает перед системой медицинской профилактики новые горизонты, новые перспективы, позволяет донести идеи здорового образа жизни до жителей самых отдалённых населённых пунктов. Здесь, на Ямале, это особенно актуально.

Мария ТОКАРЕВА,
руководитель отдела
межведомственных и внешних
связей Центра медицинской
профилактики.

Ямало-Ненецкий
автономный округ.

Ситуация

Анестетики угрожают жизни



Депутат Государственной Думы РФ академик РАН Николай Герасименко предложил Минздраву России ввести в российских поликлиниках обязательное тестирование пациентов на аллергическую реакцию перед анестезией.

«Мною был направлен запрос в федеральный Минздрав на имя его главы Вероники Скворцовой с просьбой рассмотреть возможность определения аллергического статуса пациента с помощью тестов, а также рассмотреть возможность совершенствования нормативно-правового регулирования и методического сопровождения оказания экстренной медицинской помощи в случае опасных аллергических реакций пациентов стоматологических и иных амбулаторных отделений, — заявил Н.Герасименко. — Действующая практика введения анестетиков ставит под угрозу жизни и здоровье миллионов граждан. Ведь большинство пациентов не знают свой аллергический статус и не могут уверенно сообщить врачу о наличии или отсутствии аллергии на тот или иной препарат. А не-

готовность персонала оказать экстренную медицинскую помощь значительно усугубляет эту угрозу».

Примечательно, что, по данным Росздравнадзора, в прошлом году в России после инъекции анестетиков погибли 33 пациента стоматологических клиник — во всех случаях было зарегистрировано токсическое воздействие препарата на сердце, а медики не были готовы оказать экстренную помощь пациенту. Аналогичные случаи были зафиксированы и в позапрошлом году. Например, в Набережных Челнах после применения этой группы медикаментов 10 пациентов стоматологической клиники впали в анафилактический шок.

Кроме того, по данным исследователей, анестезиологи почти в половине случаев допускают ошибки во время проведения хирургических вмешательств: нарушают дозировку препаратов, путают маркировку, допускают неточности при заполнении листа назначений или не могут справиться с изменением жизненных показателей пациента.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Сити!

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев в своём вступительном слове на этом важном мероприятии отметил, что применение новых технологий в медицине открывает перед человечеством уникальные возможности. Благодаря открытиям в генетике, биологии, химии становится реальным развитие так называемой персонализированной медицины. То есть медицины, адресованной конкретному человеку, когда врачебное решение может опираться на индивидуальную информацию о состоянии здоровья. В результате врач может выбирать оптимальное, подходящее именно этому пациенту лечение. Кроме того, объём получаемой информации позволяет диагностировать проблемы, выявлять предрасположенность к тем или иным заболеваниям на ранних, доклинических стадиях, что, в свою очередь, улучшает качество профилактической работы, а в результате зачастую спасает жизнь человека.

Национальная технологическая инициатива

— Активно развивается рынок различных биологических сенсоров, маркёров, телемедицинских услуг, — считает председатель Правительства РФ. — Сегодня они позволяют снимать показания о состоянии здоровья человека в режиме онлайн. И даже для обычных смартфонов, как известно, существует масса приложений, которые помогают людям следить за своим образом жизни, больше внимания уделять спорту, контролировать нагрузку. Благодаря развитию информационных технологий появляется возможность накапливать и анализировать огромные массивы информации, обрабатывать её в облачных хранилищах, при помощи различных компьютеров, включая суперкомпьютеры, выдавать рекомендации, основанные на лучших практиках.

Развивается рынок медицинской техники и оборудования. Некоторые образцы были представлены на выставке, которая развёрнута в Первом Меде (и которую посетил Дмитрий Медведев — А.П.). Очень важно, что рынок медицинской техники в последние годы развивается, в том числе, и под нашим флагом. По сравнению с тем, что Россия имела, скажем, 10–12 лет назад, производится уже значительный объём медицинской техники и оборудования. И это различная техника — и тяжёлая, сложная, и более оперативная.

Но остаётся ещё немало проблем, которыми необходимо заниматься. Использование новых методов лечения, препаратов, техники генерирует ряд социальных, юридических, экономических и даже этических проблем. Например: до какой степени допустимо вмешательство в биологию человека, как обеспечить безопасность личных данных о состоянии здоровья или создать условия для активного долголетия. Наконец, надо чётко понимать, как добиться для нашей страны достойного места на всех рынках медицинских услуг, техники, чтобы российская промышленность сама развивала эти технологии.

Для ответа на эти вопросы, собственно, и была подготовлена соответствующая «дорожная карта» в рамках Национальной технологической инициативы — то, что называется «Хелснет».

— По ней и будет двигаться наша страна, — подчеркнул премьер-министр. — Как и вся Национальная технологическая инициатива, эта карта ориентирована на перспективу, то есть на те ниши, которые только формируются. И это правильно. Мы здесь должны быть в самом центре развития. И за

Итоги и прогнозы

За медициной — уникальные возможности

Завершающее заседание Президиума Совета при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию прошло в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова



Идёт заседание президиума

место под солнцем ещё предстоит очень серьёзно побороться. Хотелось бы, чтобы наши компании стали лидерами. Есть формальные показатели, которые не всегда являются критерием успеха. Тем не менее они всё-таки важный индикатор. В частности, речь идёт о том, чтобы компаний-лидеров из нашей страны к 2035 г., то есть через 15 лет, было не менее 5 из 70 глобальных корпораций. Это всегда некий набор условностей, но от намеченного ориентира нельзя отказываться. Кроме того, к этому времени 70% продуктов, услуг данного рынка должны иметь в нашей стране полный цикл производства, и по объёму их потребления Россия тоже должна быть на передовых позициях.

По мнению Дмитрия Медведева, рынок этот действительно очень привлекательный. За последние 10–20 лет произошёл настоящий переворот. По экспертным оценкам, данный рынок может достичь уже к 2020 г. параметров в 2 трлн долл. И эти цифры, считают эксперты, по нарастающей будут идти на протяжении ближайших 20 лет — может быть, к 10 трлн. Это реально развивающийся, огромный рынок.

Наша страна, в свою очередь, обладает целым рядом преимуществ, которые позволяют закрепиться на этом рынке. Прежде всего, это научный потенциал, который сохраняется в отечественной медицинской науке, биологии, химии, математике. У нас есть сильные центры подготовки специалистов, в том числе такие, как Первый Мед, в котором проходит это заседание. Наконец, есть весьма неплохие позиции в программировании, в IT-индустрии.

Дорожная карта «Хелснет»

— Отечественная система здравоохранения получила за последнее время неплохой импульс, в том числе за счёт создания современной системы высокотехнологической медицинской помощи, — продолжил Д.Медведев. — Мы решаем задачи лекарственной безопасности, открываем новые производства. И в этом смысле наша фармацевтическая промышленность добилась приличных результатов за последние годы. Но, с другой стороны, предстоит сделать ещё очень многое. В регионах, как известно, ситуация очень разная. Часть лечебных учреждений в территориях, можно назвать отсталыми, и эту ситуацию нужно исправлять.

Председатель Правительства РФ сообщил, что подписал несколько документов. Один из них — постановление, которое вносит изменения в правила предоставления субсидий из федерального бюджета на выполнение мероприятий «дорожных карт» в рамках Национальной технологической инициативы, корректирует правила разработки и утверждения таких карт и вносит целый ряд других изменений. Д.Медведев уверен, что они позволят расширить количество участников технологической инициативы и быстрее получать необходимые средства на новые проекты.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, ставший докладчиком на Совете, подчеркнул, что эксперты во всём мире сходятся во мнении, что радикальные изменения в плане увеличения продолжительности жизни человека, снижения смертности возможны только через развитие медицины. Большое значение приобретает биомедицина и для совершенствования существующих клинических практик. В этой связи поддержка биомедицинских исследований и разработок сегодня является одной из приоритетных государственных задач.

— Платформа «Хелснет» в нашем понимании — это инновационные решения по поддержке биомедицинских исследований и разработок, это своего рода открытая экосистема, которая поддерживает и развивает малые, средние и крупные компании, которые, в свою очередь, призваны производить и предоставлять биотехнологические медицинские продукты и услуги, — заявил И.Каграманян. — В конечном итоге это поможет решить ключевую задачу — значительно улучшить здоровье и качество жизни человека в России и в мире.

В рамках реализации Стратегии развития медицинской науки до 2025 г., утверждённой распоряжением Правительства РФ в 2012 г., Минздравом России на межведомственной основе был проведён анализ имеющихся в стране компетенций по каждому направлению в сравнении с имеющимися в мире. Таким образом были определены зоны, которые требуют ускоренного развития.

Важным элементом стратегического развития медицинской науки стало решение о переходе к управлению медицинскими исследованиями посредством механизма научных платформ.

Минздравом совместно с научным сообществом было сформировано 14 научных платформ, предполагающих концентрацию ресурсов на приоритетных направлениях медицинской науки и соответствующих основным мировым трендам биомедицинской науки. Неслучайно эти приоритеты во многом совпали с рынками будущего «Хелснет».

Изменения превзойдут все ожидания

Председатель совета директоров АО «Р-Фарм» Алексей Репик также говорил о том, что мы живём в эпоху, когда повседневную жизнь наполняют технологии, о которых многие не думали ещё вчера. Но несмотря на очевидный прогресс, будущее для нас — это всё ещё крайне небольшой отрезок времени, и главный вызов состоит в создании технологий продления жизни, повышения её качества. Поэтому наша задача сегодня — это сформировать необходимые условия и инфраструктуру для «Хелснета».

В ближайшие 20 лет в здравоохранении общество станет свидетелями изменений, из-за которых многие инвесторы называют рынок «Хелснет» новым IT. Действительно, по значимости эти изменения не уступят появлению интернета, мобильных устройств, социальных сетей. Процесс секвенирования генома существенно удешевится и ускорится, будут появляться более продвинутые методы его редактирования. Мир уже движется в этом направлении. Всего месяц назад в Китае было выполнено редактирование генома методикой CRISPR-Cas9 у пациента с немелкоклеточным раком лёгких.

Сегодня в медицине, в частности, в онкологии, уже появился набор препаратов таргетной терапии. Причём речь идёт как о вошедшей в клиническую практику системе блокирования специфических рецепторов, так и о новейших препаратах для активации клеточного иммунитета, первый из которых был зарегистрирован в этом месяце в России. А это, наверное, наиболее значимый прорыв в лечении онкологических заболеваний, который даёт надежду миллионам людей в мире.

В ближайшее 10-летие распространение получит новая система адресной доставки лекарств, например, наноботы. Это сделает процесс лечения быстрее и эффективнее, существенно без-

опаснее. Клинические испытания сегодня — это длительный и очень дорогостоящий процесс, но к 2035 г. все исследования будут проводиться с помощью микрочипов, используемых в качестве моделей органов или целого организма. На них будут тестироваться лекарства, соответственно, технология органа на чипе кардинально меняет сам процесс клинических испытаний, исключая тестирование на животных, а впоследствии и на людях.

При этом производство также претерпит драматические изменения, и все те красивые большие заводы, которыми мы гордимся сейчас, заменят микрофлюидные чипы размером с ладонь, на которых будет производиться основная масса персонализированных лекарств.

Развитие оптогенетики (метода, когда свет активирует работу клетки, — это решение подсказано нам миром растений) в будущем позволит вылечить слепоту, решить целый ряд сложных медицинских проблем.

Индустриальный парк биомедицины

Перед заседанием Д.Медведев ознакомился с работой Индустриального парка биомедицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова и осмотрел выставку передовых медицинских технологий.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова — старейший и крупнейший медицинский вуз России, ведущий свою историю с 1758 г.

В целях разработки новых медицинских технологий, биомедицинских продуктов и внедрения результатов в практику в составе университета создаётся Индустриальный парк биомедицины. Для коммерциализации разработок создан технопарк, выполняющий роль проектного офиса, а также Центр традиционных медицинских систем, призванный решить нормативно-правовые вопросы в регулировании данной области, организовать международные проекты по трансферу технологий, совместной разработке и производству новых решений на основе достижений традиционных систем различных стран.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Волей-неволей констатируешь, что, словно в унисон «славной» традиции, разговоров было больше, нежели реальных дел. На многие вопросы мы так и не получили долгожданных ответов. Более того, список вопросов только расширился. Тем не менее было сделано тоже немало. Это и завершение реформ столичного сегмента отрасли, и активизация населения на борьбу с ВИЧ-инфекцией, и модификация последипломного медицинского образования в виде упразднения обучения в интернатуре, и акцент на первичное звено оказания медпомощи...

Газетной полосы явно не хватит даже на банальное перечисление всего того, что делалось или, по крайней мере, обозначалось под грифом «важно» в сфере медицины и здравоохранения, а, как известно, от субъективного фактора уйти вряд ли кому удастся. Поэтому хочется остановиться лишь на некоторых вопросах, показавшихся наиболее полемичными.

А сыновья уходят в бой

Итак, интернатура осталась в прошлом. То, чего многие ожидали с весьма неоднозначными мыслями, свершилось. Отныне для того чтобы работать в первичном звене, достаточно окончить медицинский вуз. Таким образом, подавляющее большинство выпускников безо всякой предшествующей подготовки, знакомящей молодых специалистов с клинической медициной как таковой, окажутся в поликлинике тет-а-тет с пациентами. Меня, как относительно недавнего выпускника-медика, этот отраслевой вопрос, пожалуй, волновал больше всех остальных. Тем не менее видится полезным свою точку зрения на этот счёт приберечь, что называется, до лучших времён, предоставив слово нашим ведущим экспертам-клиницистам. Дело в том, что практически в каждом интервью с ними в течение минувшего года я, так или иначе, интересовался их отношением к данной реформе. Предлагаю на суд медицинского сообщества ответы корифеев врачебного дела на этот счёт.

Владимир ИВАШКИН – главный гастроэнтеролог Минздрава России, академик РАН: «Прежде чем приступить к самостоятельной деятельности, нужно побыть пару лет под присмотром более опытных коллег, выработать у себя принципы поведения врача, внутреннюю дисциплину, отточить клиническое мышление. Моё отношение к этой реформе – резко отрицательное, несмотря на приводимые доводы. Думаю, нам это аукнется в форме неверных диагнозов и неправильного лечения».

Рафаэль ОГАНОВ – почётный президент Российского кардиологического общества, академик РАН: «В процесс подготовки на последипломном этапе, по моему убеждению, необходимо включать ротацию молодых докторов между поликлиникой и стационаром, как это происходит в экономически развитых странах, где последипломное образование длится немногим короче дипломного. Это в значительной степени обеспечивает подготовку квалифицированных кадров. В этой связи отмена интернатуры мне представляется не слишком продуманным решением. Клинически совершенно неподкованный, свежеспечённый специалист по окончании вуза сразу пустится в самостоятельное плавание по неизведанному океану клинической науки. Очевидно, что выпускник-медик должен в течение какого-то времени проработать под присмотром более опытных докторов».

Юрий БЕЛЕНКОВ – заведующий кафедрой госпитальной терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН: «Логика я здесь не вижу. Это половинчатое решение. Очевидно, что практическая подготовка наших студентов за период обучения в вузе недостаточна для того, чтобы приступить к самостоятельной работе».

Валентин МОИСЕЕВ – заведующий кафедрой факультетской терапии Российского университета дружбы народов, академик РАН: «Сомневаюсь, что большинству нынешних студентов хватит практических навыков, полученных за 6 лет вузовского образования, для того, чтобы самостоятельно работать безо всякой предшествующей подготовки».

Главные вехи

У новогоднего порога

Чем был примечателен нынешний год для здравоохранения



Перед выходом в «открытое море»

Аркадий ВЁРТКИН – заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова профессор: «Данное решение весьма неоднозначно. Я наблюдаю студентов практически ежедневно. Не могу сказать, что большинство из них прекрасно подготовлено, однако если создать на базе поликлиники университетские клиники, то выпускников, приходящих сразу по окончании вуза на участок, можно обучить полноценному клиническому подходу к практической работе».

Борис БАРТ – профессор кафедры поликлинической терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова: «Более неадекватного решения мне сложно припомнить. По всей видимости, «наверху» таким оригинальным способом решили «залатать» дыры в первичном звене».

Леонид ЛАЗЕБНИК – профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ: «Главное, что давала интернатура – умение подойти к больному. Мне кажется, что в настоящее время в медвузах далеко не всегда успевают обучить студента общению с пациентами».

Александр МЯСНИКОВ – главный врач ГКБ № 71 Департамента здравоохранения Москвы: «Это – окончательная деградация. Пускать вчерашних студентов в поликлиники – ещё больше ронять престиж врачебной специальности».

Комментарии, как говорится, излишни...

Вот такой рассеянный

Нобелевская премия по физиологии и медицине в уходящем году была присуждена профессору Токийского технологического института (Япония) Ёсинори Осуми, объяснившему миру, как протекает

процесс аутофагии – переработки и реутилизации клеткой её компонентов, «отработавших своё». Найдёт ли данное открытие применение в клинической медицине? Эксперты полагают, что открытый японским учёным процесс поможет в лечении нейродегенеративных заболеваний, самым распространённым из которых является рассеянный склероз (РС), в течение последних десятилетий расширивший не только свою географию, продвигаясь от северных стран к экватору, но и возрастные границы. Жертвами болезни, ранее характерной для людей в возрасте

наноса тем самым существенный ущерб и без того, мягко говоря, не самой развитой экономике.

Кто знает, быть может 2018 г. будет объявлен Национальным годом по борьбе с РС? Как говорится, время покажет...

Говорим по-русски

Ни для кого не секрет, что российские учёные-клиницисты в своей массе пользуются не самым большим уважением со стороны медицинской общественности экономически развитых стран. Причиной тому – как объективные,

«медицинской составляющей» которой невозможно не сказать. Тем паче – на страницах главного профессионального издания. Главным сюжетом этого «шоу» стало интенсивное включение в списки членов академии детей местных старожил. Только в отличие от бессмертного и актуального по сей день произведения незабвенного И.Тургенева в данном случае цели «отцов» и «детей» отнюдь не расходились. Более того, они были до неприличия синхронными.

Взять, к примеру, сына одного из главных внештатных специалистов Минздрава России, директора крупного федерального учреждения, в 31 год ставшего членом-корреспондентом РАН. Генетическая подоплёка – налицо. И никакого стыда. При этом никто не спорит, что в 31 год можно добиться немалых успехов на поприще клинической практики (для этого необходимо буквально жить в клинике, а также регулярно перенимать опыт от старших коллег), но добиться чего-либо серьёзного в науке, 3-4 года назад окончив аспирантуру, представляется, по меньшей мере, маловероятным. В придачу – «юное дарование» возглавило ведущее клиническое подразделение центра, которое возглавляет отец.

Ещё один пример. Совершенно аналогичный в плане должностей. Чтобы выбрать в члены-корреспонденты сына другого главного специалиста Минздрава России, директора федерального центра, занимающего должность заместителя директора в этом же учреждении, совершенно беззастенчиво был назначен отдельный «тур», по результатам которого всё произошло так, как и должно было быть по сценарию.

Примечательно, что все без исключения свежеспечённые члены РАН – дети «академических мастодонтов» – занимают административные должности (по сути – те же чиновники от медицины), где и на лечебную деятельность особо времени нет, не говоря уже о научной. Однако кому это интересно? Здесь, как говорится, не до морально-этических норм. Цель – всеми возможными способами зацепиться за лакомый кусок. В данном случае – в виде учёного звания.

Некоторым из них «по дороге в академию» удалось ещё и обзавестись званием «профессор РАН», появившимся в научном лексиконе и обиходе в начале уходящего года. «Необходимо использовать весь потенциал российских учёных. Именно в этой связи и возникла идея введения почётного звания «профессор РАН» с целью создания сообщества относительно молодых учёных (до 50 лет), которые уже зарекомендовали себя как ценные и перспективные научные кадры, несмотря на отсутствие своих имён в списке членов большой академии. С присуждением данного учёного звания мы бы могли, не выбирая в РАН, получить их аффилиацию с членами академии и использовать их профессиональный потенциал в дальнейшем развитии отечественной науки», – заявил на этот счёт в интервью «МГ» проректор МГУ им. М.В.Ломоносова академик РАН Алексей Хохлов.

Что характерно, Президент РФ В.Путин за год до выборов в РАН в письменном виде рекомендовал чиновникам и госслужащим не избираться в академию. Однако не все последовали совету главы государства, в связи с чем были уволены с госслужбы. В отличие от них, глава федерального Минздрава Вероника Скворцова даже не заявляла свою кандидатуру на участие в выборах. А вице-президент РАН академик Иван Дедов в очередной раз не изменил своим принципам, отказавшись прокомментировать итоги выборов в академию всем без исключения СМИ.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

так и тенденционные факторы. Однако кто бы ещё совсем недавно мог подумать, чтобы на международном конгрессе проводили целый день на русском языке? Миф – скажете вы? Тем не менее вот уже второй год подряд такая казуистика происходит на Ежегодном конгрессе Европейского респираторного общества (ЕРС), куда в позапрошлом году было успешно интегрировано Российское респираторное общество. В минувшем году «Российский день» состоялся в Амстердаме, а в нынешнем году – в Лондоне.

«Это стало большим событием не только для нашей страны, но и для стран ЕС. «Российский» день можно считать успешным во всех отношениях, – с гордостью рассказывает главный терапевт-пульмонолог Минздрава России академик РАН Александр Чучалин. – Весь цвет мировой пульмонологии, включая национальных лидеров, принял участие в этом мероприятии. Наша школа оказалась самой посещаемой в рамках состоявшегося конгресса. Второй год подряд руководство ЕРС буквально ошарашено нашим успехом в полном смысле этого слова. У нас намечены определённые шаги для дальнейшего развития отечественной пульмонологии. В частности, наши западные коллеги готовы пойти на то, чтобы в Москве открылся специальный тренинговый центр по подготовке молодых врачей при частичной их финансовой поддержке. В самое ближайшее время мы начнём готовить новое поколение докторов по модели Западной Европы. На мой взгляд, это очень большое достижение для нашей страны, переоценить которое не представляется возможным», – полагает эксперт.

Отцы и дети

В конце октября состоялись долгожданные выборы в РАН, о

«Ну вот – снова о туберкулёзе! – возможно, в сердцах воскликнет наш читатель. – Сколько можно? Даже в канун новогоднего праздника, который одинаково любят и ждут и верящая в сказки детвора, и разувверившиеся в чудесах взрослые, «МГ» заводит разговор о минорном!»

Остановись, читатель, в гневе своём. К счастью, в последнее время во фтизиатрии далеко не всё так уж уныло, серо и бесперспективно. Благодаря последовательной, поистине кропотливой работе, проводимой противотуберкулёзной службой страны, которой руководит главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева, с каждым годом для всё большего числа пациентов открываются двери в новую, светлую, здоровую и чистую жизнь, жизнь без смертоносной инфекции.

Подтверждением тому служит, в частности, опыт воронежских фтизиатров.

Успешная модель

Как мы неоднократно рассказывали, на воронежской земле раньше других осознали острую необходимость актуализации задач, которые, в конечном счёте, позволяют снизить бремя туберкулёза и в регионе, и по стране в целом. Опираясь на традиции отечественной фтизиошколы, внедряя передовой мировой опыт, уже к сегодняшнему дню специалисты Воронежского областного клинического противотуберкулёзного диспансера им. Н.С.Похвисневой под руководством главного врача главного фтизиатра Центрального федерального округа Сергея Корниенко добились реальных успехов в обуздании палочки Коха. Регион по праву получил пальму первенства одного из передовых в России по организации и эффективности работы противотуберкулёзной службы. За последние 10 лет показатель смертности от туберкулёза здесь уменьшился в 3 раза, заболеваемости – в 2! В областной фтизислужбе выстроена жизнеспособная система ранней диагностики, раннего определения особо опасных лекарственных-устойчивых форм и адекватного их лечения. Кроме того, в регионе активно внедряются такие инновационные подходы, как содействие приверженности больных к лечению, система контролируемой терапии пациентов с туберкулёзом и МЛУ-ТБ на амбулаторном этапе (с привлечением социальных работников и выездом на дом к пациентам), получившая название «пациенто-ориентированное сопровождение», тактика активного разделения потоков больных при госпитализации, которая основана на раннем выявлении пациентов с лекарственной чувствительностью и множественной лекарственной устойчивостью, получившая название АВРАЛ, что означает: Активно Выявлять, Разделять (потоки), Адекватно Лечить. Впервые в стране тут внедрили видеоконтролируемое лечение («скайп в городе»).

В основе комплексного подхода по предупреждению распространения туберкулёза – уменьшение скрытого резервуара инфекции за счёт активного своевременного выявления заболевания путём массовых скрининговых осмотров, а также внедрения новых организационных, диагностических, противоэпидемических подходов к лечению на стационарном и амбулаторном этапах. Не зря воронежский опыт служит образцом другим территориям и странам мира. Так, совсем недавно постигать секреты воронежцев приезжали специалисты фтизиатры из Индии.

– Наши «секреты» в системной, кропотливой работе, в объединении людей настороженностью в отношении туберкулёзной инфекции, – считает С.Корниенко. – Мы стараемся достучаться до сердца каждого, будь то узкий специалист, врач первичного звена, медсестра, фельдшер, санитарка... Большая работа с органами исполнительной власти привела к тому, что на всех уровнях появилась приверженность к борьбе с туберкулёзом, начиная с губернатора и заканчивая муниципалитетами и маленькими сельскими поселениями. Это позволило выстроить в регионе оптимальную модель не только противотуберкулёзной службы, но всего здравоохранения.

Под крылом университета

Специалисты постоянно бьют тревогу, что молодёжь неохотно

Новые подходы

Ликвидируем «туберкулёзную яму»!

Двадцатитысячная армия медицинских работников воронежской земли сплотилась против фатальной инфекции



Идёт учебный процесс

идёт во фтизиатрию. В Воронеже и с этим благополучно. Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко на протяжении многих лет вносит серьёзную лепту в противотуберкулёзную работу. Студенты разных факультетов, клинические интерны, ординаторы проходят обучение на кафедре фтизиатрии, которая базируется в областном клиническом противотуберкулёзном диспансере. В течение последних двух лет 4 студента проходят обучение по целевому набору и должны пополнить ряды фтизиатров. Помимо этого, вуз непрерывно повышает противотуберкулёзную грамотность врачей смежных специальностей, которые обучаются в Институте дополнительного профессионального образования (ИДПО).

Учитывая особую актуальность дополнительной профессиональной подготовки врачей общей лечебной сети (ОЛС) в борьбе с этим социально значимым заболеванием, начиная с 2016 г., в ВГМУ при сотрудничестве с Партнёрством Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ и неправительственной организацией «Партнёры во имя здоровья» впервые в стране был организован цикл повышения квалификации врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, «Актуальные вопросы терапии и общей врачебной практики с углублённым изучением фтизиатрии».

Объясняется это тем, что, хотя эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу в стране в последние годы в целом стабилизируется, он всё ещё остаётся важнейшей медико-социальной проблемой. А если учесть, что Российская Федерация поддержала стратегию ВОЗ по ликвидации туберкулёза в мире к 2035 г., реализовать столь амбициозную задачу возможно лишь при консолидации всего отечественного медицинского сообщества.

Справедливости ради, следует подчеркнуть, что воронежская фтизиатрическая служба, равно как и университет, находятся в тесном сотрудничестве с международными организациями.



Лекцию читает И.Васильева

кат) после успешной сдачи экзамена. Программа модуля «Фтизиатрия» включает изучение широкого спектра вопросов: эпидемиология и патогенез туберкулёза, понятие о заболевании и латентной туберкулёзной инфекции, специфическая и неспецифическая санитарная профилактика, клинко-рентгенологические проявления различных форм заболевания и принципы дифференциальной диагностики, противотуберкулёзный инфекционный контроль, скрининговое флюорографическое обследова-

ние, виды микробиологической диагностики, особенности течения и диагностики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, пациентов с сахарным диабетом, беременных, химиотерапия и т.д.

Программу повышения квалификации врачей первичного звена разработали сотрудники кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) под руководством Виктора Бурлачука.

Имея положительный опыт обучения врачей в рамках реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования в 2014-2015 гг. с применением дистанционного обучения, и в данном случае было принято решение включить в цикл дистанционную форму. Учитывая индивидуальную скорость усвоения врачами информации, в программе предусмотрены и разнообразные формы обучения в виде лекций, практических занятий, вебинаров, работы на электронном портале ВГМУ с использованием образовательной платформы Moodle.

Если прежде на изучение фтизиатрии отводилось 6-18 часов, теперь на освоение модуля выделено 72 – 36 очных занятий и 36 часов дистанционного обучения. Причём дистанционную часть врачи могут выполнять в любое удобное время.

Входящее и итоговое тестирование продемонстрировали разницу в объёме знаний врачей до и после изучения материала. Придя на цикл, не все с восторгом встретили углублённое изучение фтизиатрии, некоторые полагали, что им это не нужно, это – проблема фтизиатров! Однако вскоре их мнение изменилось. После первого тестирования практически все были расстроены результатами, что неудивительно. В соответствии с традиционной формой обучения врачей, каждые 5 лет специалисты, проходя циклы повышения квалификации, как правило, лишь воссоставляли те азы фтизиатрии, которые получили в студенческие годы. Новый же подход повышает мотивацию врачей и значительно практического применения материала.

Во время прохождения обучения у докторов была уникальная возможность общения не только с профессорами и доцентами своего вуза, но и с ведущими фтизиатрами страны. Для проведения лекционных и практических занятий привлекались специалисты ведущих профильных НИИ.

Кстати, благодаря эмоциональным выступлениям лекторов уже после первого занятия отношение слушателей к новому циклу кардинально изменилось. И всем неравнодушным врачам захотелось внести хотя бы маленькую лепту в улучшение эпидситуации, чтобы наша страна наконец-то вырвалась из «туберкулёзной ямы»!

Формат вебинаров, которые проводились в виде конференции, предполагал возможность вступать в дискуссию, задавать любые во-

просы. На смену вебинарам приходили практические занятия, а во время дистанционной работы врачи не только получали свежую информацию, но и могли повторить ранее изученное. В отдалённые районы области были организованы выездные циклы, в ходе которых удалось обучить значительную часть врачей первичного звена. Для лучшего понимания предлагаемого материала и возможности его дальнейшей реализации на практике каждый слушатель получал рабочую тетрадь с лекционным визуализированным материалом. Так, день за днём повышался уровень знаний врачей, желание активно выявлять туберкулёз. Итоговое тестирование и собеседование показали, насколько более информированными и настороженными в вопросах выявления этого заболевания они стали.

– Мне бы хотелось, чтобы все врачи первичного звена прошли обучение по вопросам фтизиатрии, – делится своим мнением главный специалист по общей врачебной практике Департамента здравоохранения Воронежской области, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ИДПО ВГМУ, кандидат медицинских наук Людмила Трибунцева. – Ни для кого не секрет, что количество фтизиатров не так велико, в некоторых районах области это один специалист, и если он по каким-то причинам отсутствует, то принимать решение приходится врачу общей практики. А от того, насколько грамотен специалист, зависят вопросы и ранней диагностики, и ведения больных, да и профилактики тоже. Реклама препаратов в СМИ часто способствует провоцированию самолечения, неграмотное применение антибиотиков, которые можно купить в любой аптеке, может нанести вред и затруднить диагностику туберкулёза. Поэтому нужно, чтобы наши врачи сами хорошо владели вопросами фтизиатрии и при каждой встрече с пациентами не только их информировали и убеждали в необходимости регулярных и своевременных осмотров, говорили о вреде самолечения, но и постоянно имели настороженность по туберкулёзу. Только все вместе мы сможем справиться с этой эпидемией.

На инновационной волне

Анализируя первые результаты проекта, И.Васильева констатирует:

– Эпидемиологическая ситуация в РФ стабилизируется, но значительная проблема связана с тем, что много случаев остаются невыявленными. За последние десятилетия в мире и в России отмечаются тревожные изменения: в структуре заболеваемости отмечаются лекарственно-устойчивые формы туберкулёза, поднимает голову туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Но при этом в руках фтизиатров появились новейшие инструменты диагностики, в частности, молекулярные методы, современные лекарственные препараты и технологии лечения, внедрены эффективные подходы в организации терапии (амбулаторные пациентоориентированные модели) и т.д. Поэтому всему медицинскому сообществу нужно непрерывно обновлять знания и навыки по фтизиатрии. Нам необходим согласованный подход на всех этапах оказания медицинской помощи: профилактика заболевания, внедрение на национальном уровне единой стратегии контроля за туберкулёзом, работа с уязвимыми группами и людьми с повышенным риском заболевания, ранняя диагностика, эффективное лечение и реабилитация заболевших. Начинаться каскад оказания специализированной помощи должен при первом обращении пациента к врачу ОЛС или противотуберкулёзной службы. При тесном их взаимодействии путём повышения уровня информированности, уровня современных знаний и подходов, а также усовершенствования навыков медицинских работников первичного звена мы сможем улучшить эпидемиологическую ситуацию.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Ставка – на ОЛС

Цикл повышения квалификации предполагает обучение 205 врачей первичного звена вопросам туберкулёза. Прохождение цикла в объёме 288 часов подтверждается документом государственного образца (удостоверение и сертифи-

Своевременное оздоровление является основой профилактики заболеваний, служит повышению работоспособности. Подавляющее большинство детей, обучающихся в школах, нуждается в отдыхе и оздоровлении, которое может быть организовано на базе лагерей, считают гигиенисты.

Новый год дети ждут с особым чувством. А если ещё предстоит встретить праздник в прославленном крымском центре «Артек», то ожидания увеличиваются. Чтобы оправдать их, взрослые стараются изо всех сил. «Артек» сегодня сияет множеством огней. Идёт активная подготовка к новогодним торжествам. Даже подснежники выращивают в оранжерее, чтобы цветы в театрализованном представлении «Двенадцать месяцев» (по одноимённой сказке) были настоящими (а не искусственными) и каждый ребёнок мог их получить. Сейчас все – от вожатых до администрации лагеря – переживают: «Раскроются ли подснежники к 31 декабря?». И чего только не придумывают, чтобы это обязательно произошло, а праздник стал незабываемым. Уже само появление первоцветов среди зимы – чудо, потому что расцветают они на склонах горы «Аю-Даг» намного позже.

– Для нас, как для учреждения отдыха и оздоровления, главное – эмоциональная составляющая жизни ребят, – говорит директор международного детского центра «Артек» Алексей Каспржак. – У лагеря – три основные задачи: образование, оздоровление и отдых.

Как разумно совмещать эти три «О» – в «Артеке» прекрасно знают. Тем не менее вопросов, возникающих в ходе их выполнения, немало.

Что такое оздоровление сегодня? Насколько существующие показатели отвечают этому понятию? Как, не нарушая СанПиНов и прочих нормативных документов, сделать жизнь ребёнка в лагере наполненной и яркой? Как обеспечить безопасность и эффективность пребывания в детских лагерях? Каким образом в конечном итоге должна выглядеть современная модель организации отдыха и оздоровления?

Эти и многие другие темы обсуждались на выездном заседании пленума Научного совета по гигиене и охране здоровья детей Отделения медицинских наук РАН, которое состоялось в «Артеке».

Почему именно здесь? Потому что «Артек» – это инновационная площадка оздоровления, где разрабатываются и внедряются самые передовые технологии. Это – целая страна, раскинувшаяся на 7 км вдоль моря, где ежегодно отдыхают более 30 тыс. ребят, характеризующих его как «семь километров счастья».

Конечно же, «Артек» – особый лагерь со своей медсанчастью, школой, Дворцом спорта, музеями, парками и т.д., но на его опыте можно сформировать представление о том, что такое оздоровительный эффект сегодня и в чём он выражается. А в последующем внести коррективы в федеральные нормативные документы по организованному отдыху.

До сих пор основным показателем оздоровления считается прибавка массы тела. Но, если, скажем, в послевоенные годы этот момент был действительно значимым, то сейчас ситуация складывается иным образом, ведь многие ребята и без того имеют избыточную массу тела и для них актуальнее сбросить вес, а не набрать дополнительные килограммы за время пребывания в лагере.

– Современные критерии эффективности оздоровления детей во время их организованного отдыха требуют пересмотра, – считает главный специалист по гигиене детей и подростков Минздрава России, директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, член-корреспондент РАН Владислав Кучма. – Необходимо учитывать не только динамику морфофункциональных показателей (длина, масса тела, мышечная сила, жизненная ёмкость лёгких и др.), но и психологическую адаптацию ребёнка к новому коллективу и условиям пребывания, остроту заболеваемости в течение смены,



Оживлённый обмен мнениями

Ориентуры

Семь километров счастья

Как его обрести нашим детям и при этом оздоровиться?

организацию питания, сформированность навыков здорового образа жизни. Ребёнок может прибавить в росте и мышечной силе, но психологически не адаптироваться к новому коллективу и вернуться домой заболевшим. А согласно существующим рекомендациям, он будет внесён в группу с выраженной степенью оздоровительного эффекта.

Лагеря (или, как теперь их называют, организации оздоровления и отдыха) бывают разные: круглогодичные, сезонные, стационарные, палаточные, дневного пребывания, лагеря труда и отдыха и т.д. Все ли они могут считаться оздоровительными? Судя по официальной статистике уходящего года, в ста-



Во время заседания



С артековцами беседует Ирина Новикова

ционарных лагерях выраженный оздоровительный эффект имеют 95% детей, в лагерях с дневным пребыванием – 92%, в палаточных – 92%, в лагерях труда и отдыха – 89%.

Цифры эти вызывают недоверие. Неужели дети, находящиеся в загородном лагере и в лагере дневного пребывания, который размещен на базе школы в городской черте, оздоравливаются практически в равной мере? (Так, в московских лагерях при школах, если верить представленным данным, оздоровительный эффект достигает 97%). Сомнительно. Значит, либо имеют место приписки, либо критерии оздоровления некорректны. Говоря честно, присутствует и то, и другое. Врач в лагере не в состоянии правильно, с соблюдением соответствующих методик обследовать всех детей, поскольку на это требуется масса времени, а у него – ещё множество других текущих дел: надо оказать помощь нуждающимся, проконтролировать организацию питания, спортивных мероприятий и т.д. Следовательно, цифры необъективны. Тем более что начальство заведомо ожидает хороших результатов. «Нарисованный» показатель эффективности оздоровления – вещь не безобидная. Ведь если в лагере дневного пребывания на базе школы он достигает 92%, то зачем тогда строить загородные стационарные лагеря?

И количество последних продолжает неуклонно снижаться.

В целом число детей, охваченных в стране организованным отдыхом в 2016 г., составило не так уж много – всего 34% от необходимого. Из них 80% провели летнюю смену в лагерях дневного пребывания при школах, которые вряд ли можно назвать оздоровительными.

– Скорее, это лагеря присмотра за детьми, – считает В.Кучма. – Ведь на ребяташек продолжают действовать те же неблагоприятные факторы, что и в учебное время: например, неблагоприятная экологическая обстановка. Мы сейчас очень внимательно следим за разработкой долгожданного федерального закона об организации отдыха и оздоровления.

К сожалению, пока в законопроекте понятия «отдых» и «оздоровление» не разделены.

Продолжительность смены также нуждается в научном обосновании. Сегодня лагерь вправе называться оздоровительным при длительности смены не менее 21 дня. Однако во многих современных лагерях, особенно с дневным пребыванием, палаточных лагерях, лагерях труда и отдыха, продолжительность смены составляет 10-17 дней. А в период осенних, зимних и весенних каникул – 7-10 дней.

Сокращая длительность пребывания в лагере, руководители субъектов говорят, что таким образом они большее количество детей оздоравливают.

препятствием, не позволяющим укомплектовать штаты медпунктов лагерей.

– Почему молодой сертифицированный врач может работать в больнице, поликлинике, а в лагере – нет? – говорит кандидат медицинских наук Анна Седова. – Кто, имея уже 5-летний опыт, захочет поехать в лагерь? Мотивацией в таких случаях чаще всего служит путёвка для собственного ребёнка. Но найти столько педиатров нереально. Раньше в лагерях трудились студенты 3-4-го курсов, однако по сегодняшнему законодательству это невозможно.

Поэтому, по мнению А.Седовой, нужно упразднить требование о наличии 5-летнего стажа по данной

специальности.

Что за специалист нужен в лагере? Где его должны подготовить? Об этом на заседании пленума говорила доцент Российской национальной академии медицинского университета им. Н.И.Пирогова доктор медицинских наук Наталья Бокарева. В лагере у врача очень много функций, которые он должен выполнять, но не умеет. Необходима отдельная, специальная подготовка, в том числе и перед началом сезона, смены. В некоторых регионах она есть, однако, к сожалению, в рамках 2-3-дневного курса и осуществляется не надлежащим образом. Обычно всех запугивают, дескать, в лагере медработник не имеет права ни на какие манипуляции, если что-то случилось, скажем, ребёнок заболел ОРВИ, следует вызвать скорую помощь. Конечно же, такой подход требует изменений.

– Без медицинского сопровождения в лагере не обойтись. Но медицинская деятельность должна быть для ребёнка незаметной, – подчеркнула А.Седова.

Сегодня организаторами детского отдыха, как правило, выступают педагоги, и лагеря, которые не являются санаторными, несмотря на наличие в своём названии слова «оздоровительный», в первую очередь решают задачу организации досуга. В связи с этим так же, как и в школах, в лагерях, как правило, медицинской службе трудно взаимодействовать с другими подразделениями для организации оздоровления. Устранить непонимание с двух сторон попытались в ходе пленума его участники.

– Всё, о чём мы говорим, включая здоровый образ жизни, это – элемент образования, не менее важный, чем дважды два, – высказал точку зрения А.Каспржак. – К образованию обычно относят то, что связано непосредственно с учебной нагрузкой в школе. Это неправильно. Лагерь – очень эффективная образовательная среда, в том числе для достижения медицинских результатов. Как сделать ребёнка, находящегося в лагере, не объектом оздоровления, а его субъектом? Что предпринять, чтобы он сам понимал ценность собственного здоровья и способы его обеспечения в нормальной жизни? Это задача, мне кажется, не только лагеря, но и в целом системы образования и здравоохранения. Мы должны не последствия устранять, а предотвращать человека от того, что может негативно повлиять на его здоровье.

Трудно не согласиться с утверждением А.Каспржака.

Кстати, из «Артека» дети уезжают уверенными в своих силах, в том, что могут изменить жизнь к лучшему, и в части сбережения собственного здоровья. Остаётся добиться того же и в других лагерях страны.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

СПРАВКА «МГ». В состав медико-санитарной части «Артека» входит: 1) поликлиника с отделением скорой медицинской помощи, кабинетами травматолога, оториноларинголога, стоматолога, консультативной помощи, рентгенологических исследований; 2) центральный медицинский пункт, включающий фельдшерские пункты 10 лагерей и фельдшерские пункты спорткомплекса и школы; 3) санитарно-эпидемиологический отдел.

Бесперебойная работа медсанчасти «Артека» обеспечивается 18 врачами, 23 фельдшерами, 37 медицинскими сёстрами.

Структура медико-санитарной части «Артека» предусматривает возможность оказания значительного количества медицинских услуг в автономном режиме, не прибегая к внешним ЛПУ. Это имеет существенное значение, поскольку возможность для возврата ребёнка родителям, как это принято в других лагерях до окончания смены в связи с заболеванием, в «Артеке» практически отсутствует.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 91 (2030)

Данная патология является частой причиной острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, нередко сопровождается тяжёлой кровопотерей, постгеморрагической анемией, требуя проведения интенсивной терапии, экстренного гемостаза.

Пищеводно-желудочный разрывно-геморрагический синдром подробно был описан в 1929 г. Дж.Маллори и С.Вейссом, хотя первое упоминание о желудочном кровотечении, обусловленном разрывом слизистого и подслизистого слоёв в кардиоэзофагеальной области, следовало из сообщения Quinke в 1879 г. В последующем данная причина острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) получила название «синдром Маллори – Вейсса» (СМВ). Указанные авторы высказали предположение, что разрывы слизистой оболочки возникают вследствие внезапного повышения давления в желудке при недостаточном раскрытии кардиального жома.

СМВ составляет 4-15% среди причин желудочно-кишечных кровотечений верхних отделов пищеварительного тракта. Число рецидивов при СМВ достигает 20-30%, послеоперационная летальность – 10-15%, а общая летальность – 1,8%. За последние 10 лет отмечается отчётливая тенденция роста синдрома Маллори – Вейсса – от 14 до 26,6% в структуре кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, причём с увеличением частоты тяжёлых сопутствующих заболеваний (до 91,5%).

Среди причин кровотечений из ВОПТ синдром занимает от 10 до 32%. По данным литературы, СМВ занимает первое место среди неязвенных желудочно-кишечных кровотечений, занимая до 52,3%.

На 11 тыс. патологоанатомических вскрытий в 1% случаев причиной смерти были кровотечения в результате СМВ. На 5160 секционных исследований, произведённых у умерших детей, в 12% случаев установлена спонтанная перфорация желудка. Частота СМВ на материале 13 531 секционного исследования составила 2,96%.

Широкое применение эндоскопии привело к увеличению выявляемости СМВ. Чаще СМВ выявляется у лиц 30-50 лет, хотя описаны случаи у детей 3-недельного возраста. В литературе сообщения о СМВ у детей единичны.

Острые кровотечения из ВОПТ являются актуальной проблемой для многих развитых стран, и СМВ также не является исключением. В США ежегодно по поводу острых кровотечений из ВОПТ в лечебные учреждения поступают свыше 30 тыс. больных, а в Европе распространённость данной патологии составляет 48-144 человек на 100 тыс. населения.

До 9% больных, поступающих в стационары Москвы по неотложным показаниям, приходится на пациентов с острыми кровотечениями из ВОПТ. За 20 лет наблюдения число кровотечений из ВОПТ увеличилось в 2,5 раза, за 5 лет отмечен рост на 22,5%.

Структура причин кровотечений из ВОПТ за последние 10-15 лет существенно изменилась, раньше основной причиной кровотечений была язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. СМВ занимает третье место среди причин кровотечений из ВОПТ после эрозивно-язвенных поражений и варикозно-расширенных вен пищевода (табл. 1).

К 1990 г. за предшествующие 35 лет доля кровотечений язвенной этиологии снизилась с 80 до 40,3%. Для неязвенных кровотечений характерны рецидивирующий характер кровотечений (до 25%), специфический (неязвенный) анамнез, чаще непрофузный характер кровотечения.

86% больных с СМВ мужского пола и подавляющее большинство больных в возрасте от 31 до 40 лет. До 77% больных с СМВ госпитализированы в течение первых двух суток с начала заболевания, 15% – первые и третьи сутки и 8% – позже трёх суток с тяжёлой постгеморрагической анемией. Среди госпитализированных больных с СМВ лёгкая степень кровопотери (по классификации А.Горбашко, 1974) была у 34%, средней тяжести – у 48%, тяжёлая – у 18%.

Общая летальность при СМВ составляет 5-10%, число рецидивов кровотечений – 20-35%.

Послеоперационная летальность достигает 10-15%, по другим данным доходит до 36,2%, причём при сочетании прошивания источника кровотечения с перевязкой магистральных сосудов желудка, рецидив кровотечения развился у 25% больных, летальность составила 41,7%. Послеоперационная летальность при СМВ в среднем составила 17%, а при сочетании хирургического лечения с диатермокоагуляцией – 4,5%, после лапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов летальность была 8%, а по данным других авторов – 13%.

Синдром Маллори – Вейсса
в клинической практике

По данным А.Ермолова с соавт. (2009), в Москве за 1993-2007 гг. летальность при острых кровотечениях из ВОПТ (без уточнения причины кровотечения) составила 8,3% (снижение с 12,8% в 1993 г. до 6% в 2007 г.). Улучшение показателей летальности авторы связывают с принятием выжидательной тактики, круглосуточной работой эндоскопической службы, широким использованием эндоскопических методов гемостаза и уменьшением объёма хирургических вмешательств на высоте кровотечения. Послеоперационная летальность за изучаемый период составила 14,8%.

Показатели общей и послеоперационной летальности зависят от возраста, тяжести состояния больных, характера кровотечения. Так, у больных пожилого и старческого возраста летальность при острых кровотечениях из ВОПТ достигает 40% и при проведении операции в экстренном порядке на фоне продолжающегося кровотечения эти показатели превышают 50%, нередко достигая 70%.

Летальность меняется незначительно, несмотря на значительный прогресс в области эндоскопического гемостаза, рецидивы при острых кровотечениях из ВОПТ возникают у 25-32% больных, а в случае геморрагического шока рецидив достигает 50-79%.

Летальность при рецидиве кровотечения достигает 40%. За последние годы число рецидивных кровотечений при СМВ колеблется от 20 до 35%.

Одним из сложных вопросов в проблеме желудочно-кишечных кровотечений остаётся прогноз **рецидива кровотечения и его времени**. Известно много методов прогнозирования рецидивов кровотечения, от визуальной оценки состояния источника кровотечения до исследования гемореологических показателей, полярографической оценки динамики кислородного режима, окислительно-восстановительного потенциала тканей.

Наиболее распространённой остаётся эндоскопическая методика, основанная на оценке характеристик источника кровотечения, видимых сосудов, характера тромба, других признаков неустойчивого гемостаза. Общепринятой классификацией считается оценка характеристик источника кровотечения по J.Forrest.

Основными критериями риска рецидива кровотечения считают тяжесть кровопотери, величина показателя APACHE II, среднее артериальное давление, уровень гемоглобина, эндоскопическая картина по J.Forrest.

Синдром Маллори – Вейсса возникает, как правило, после рвоты, часто причиной пролонгированной рвоты является принятие алкоголя. Описаны другие причины СМВ: мигрень, беременность, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язва желудка, заболевания печени и желчных путей, приём лекарств (полиэтиленгликоль для подготовки кишечника к исследованию).

Наиболее часто сообщаемая причина СМВ – сильная рвота от передозировки алкоголя с типичным разрывом (разрывами) гастроэзофагеального соединения, но причиной может быть рвота, например, при химиотерапии. У 4 из 8 наблюдаемых детей СМВ сопровождался гастритом и дуоденитом, были выявлены по одному случаю *Helicobacter pylori* – ассоциированной язвы двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, гастроэзофагеального рефлюкса, отравления carbon monoxide.

Описан случай СМВ при герпетическом эзофагите, и авторы полагают, что причиной СМВ были плохо поддающиеся терапии дисфагия и упорная рвота. Герпетический эзофагит впервые был описан в 1940 г., он обычно возникает у иммунодефицитных больных, при злокачественных новообразованиях, при проведении иммуносупрессивной терапии. Имеются сообщения о перфорации пищевода при герпетическом эзофагите.

При СМВ у 51,4% больных была выявлена недостаточность кардии, по данным других авторов, эзофагиты выявляются в 47,7%, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 26,7%, гастриты – 40,7%, хронический панкреатит – 33,7%, злоупотребление алкоголем – 46,5%.

Состояние острой и хронической алкогольной интоксикации у больных с СМВ было в 19%. Соотношение мужчин и женщин – 2,8:1, тяжёлая степень алкогольной интоксикации была у 34%, средней тяжести – 62% больных.

Предшествующий приём алкоголя отмечался у 88% больных с СМВ, до 35% больных, доставленных в отделения реанимации и интенсивной терапии в Швеции, указывали на приём алкоголя как на провоцирующий фактор. Этиловый спирт воздействует на слизистую оболочку пищевода и желудка путём увеличения ретроdiffузии ионов водорода, что снижает её защитные свойства. Алкоголизм при СМВ выявлен у 63% мужчин и у 55% женщин.

Ведущими факторами развития СМВ считают ограничение подвижности слизистого и подслизистого слоёв кардии относительно друг друга, дискоординацию сокращения мышечных слоёв нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка, недостаточность кардиального запирающего аппарата и резкое повышение внутрибрюшного давления.

При СМВ, на фоне хронических диффузных заболеваний печени, кровотечения характеризуются глубокими нарушениями реологических показателей крови и системы гемостаза, зависящих от степени выраженности функциональных нарушений печени, перекисного окисления липидов, снижения антиоксидантной активности крови. Эти факторы также повышают степень эндогенной интоксикации и нарушений функций печени, что необходимо учитывать при определении лечебной тактики.

В 1974 г. была предложена классификация синдрома исследователем В.Bellmann, где было выделено III стадии: I – разрыв слизистой оболочки, осложнения: самоизлечение или образование субкардиальной язвы; II – разрыв до подслизистого слоя, осложнения: разрывы сосудов с последующими опасными для жизни кровотечениями; III – разрыв всех слоёв желудка или пищевода, осложнения – прободение с последующим диффузным перитонитом, медиастинитом, пневмотораксом. Следовательно, перфорации пищевода, пищеводно-кардиального перехода, нередко описываются в литературе как «спонтанные», следует отнести к III стадии СМВ по классификации В.Bellmann.

Разрыв всех слоёв пищевода (III стадия СМВ по В.Bellmann) как спонтанный разрыв, был описан в 1724 г. голландским врачом Н.Boerhaave (синдром Бурхава). Своевременная диагностика данного синдрома представляет большие сложности ввиду его редкости, разнообразия клинической картины и неосведомлённости большинства врачей. В нашей стране самым большим опытом диагностики и лечения повреждённых пищевода располагают А.Погодина и М.Абакумов (1998), среди 850 больных спонтанные и гидравлические разрывы авторы выявили у 53 (6,2%).

По литературным данным, послеоперационная летальность достигает 25-86%. Разрывы пищевода сопровождаются тяжёлыми гнойными осложнениями – флегмоной шеи, медиастинитом, эмпиемой плевры, сепсисом, пищеводно-респираторными свищами, аррозийными кровотечениями. Развитие данного синдрома связано с рвотой, сопровождающейся резким повышением внутрипищеводного давления.

«Спонтанные» разрывы пищевода происходят во время рвоты, астматического статуса, эпилептического припадка, в родах, при дефекации в результате повышения внутрибрюшного давления.

Вторым по частоте симптомом является мелена – до 57%. Уточнённая диагностика, особенно источника кровотечения, может представлять большие сложности. Так, при первичной эндоскопии источник кровотечения был выявлен только в 73,4%, причём продолжающееся кровотечение было в 51,8%, в том числе струйное в 24,6%, диффузное в 27,2%. Размеры разрывов колебались от 5 до 50 мм, ширина – 2-10 мм, глубина от 2 до 7 мм. Разрывы слизистой оболочки чаще выявляются в области кардиоэзофагеального перехода (1-3) длиной до 2,5 см, по данным других авторов, количество разрывов достигает 5, множественные составляют 33-47%, длина разрывов достигает 8 см, чаще в области пищеводно-желудочного перехода (48-71%), далее в кардии и пищеводе.

Во время эндоскопического исследования продолжающееся кровотечение выявляется от 26 до 50%.

Тяжесть кровотечения при СМВ зависит от глубины разрывов стенки, когда могут быть

повреждены различные по диаметру сосуды подслизистого сплетения, мышечного, субсерозного слоёв пищевода и желудка.

В большинстве случаев кровотечение прекращается без терапевтического вмешательства, требуется только поддерживающее лечение. Активное кровотечение при СМВ выявляется у 36,3% больных. Другие авторы также отмечают спонтанную остановку кровотечения в 80-90% случаев. У больных с персистентным и значительным кровотечением эффективны эндоскопические ингаляционные методы и температурные (термальные) процедуры, необходимость в хирургическом ушивании разрывов возникает довольно редко.

Тромбоцитопения и нарушения протромбина в сочетании с глубокими разрывами ограничивают возможность спонтанного гемостаза. Эндоскопические методы – склеротерапия, инъекция этанола, гипертонического раствора, термическая пробная коактивная (сближающая) коагуляция, установление скобок, наложение лигатур.

Если кровотечение продолжается, то хорошей альтернативой является ангиография с инфузией вазопрессина или эмболизация.

При СМВ из эндоскопических методов лечения наиболее часто применяются склеротерапия, термическая коагуляция, (мультиполярная электрокоагуляция – МРЕС). Однако обе технологии связаны с местным повреждением тканей пищевода, некрозом и перфорацией стенок. В литературе есть сообщение о перфорации пищевода на уровне 8% при комбинации инъекции эпинефрина и полидоканола (этоксисклерол) в случаях, когда кровоточащий сосуд был виден, другого варианта лечения не было, хотя число пациентов было невелико.

Клипирование (гемоклипирование) позволяет достичь остановки кровотечения и одновременно закрыть дефект слизистой оболочки и является хорошей альтернативой инъекционной терапии или мультиполярной электрокоагуляции. Метод снижает травматичность прилегающих тканей с меньшим риском перфорации от вмешательства. Есть сообщения о 100% гемостазе в единственной проспективной оценке этой технологии без перфорации пищевода.

Лечебная эндоскопия позволяет избежать хирургического вмешательства, особенно у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией, крайне тяжёлой кровопотерей и снизить общую летальность на 50%.

Лучшие результаты получены при комбинированных методах эндоскопического гемостаза, как, например, инфльтрационного с диатермокоагуляцией, а рецидивы кровотечения чаще возникают при моновариантных методах гемостаза – от 33 до 56%. В тоже время другие авторы не нашли существенных преимуществ комбинированных методов гемостаза, не улучшает результаты и добавление фибринового клея к инъекции адреналина, техника инъекции фибринового клея сложна и стоимость самого клея высокая.

Инъекция адреналина с последующим клипированием кровоточащего сосуда при кровотечении Forrest 1b статистически значимо снижает частоту рецидивов, однако при этом не снижается потребность в хирургическом лечении и летальность.

Анализ результатов 15 рандомизированных контролируемых исследований эффективности различных методов эндоскопического гемостаза показал отсутствие

доказанных преимуществ какого-либо способа остановки кровотечения, при этом проводилось сравнение эндоклипирования, термокоагуляции, термотерапии в сочетании с инъекциями и отдельно инъекционный метод. Частота повторных кровотечений, неотложных хирургических вмешательств, летальность отличались недостоверно в сравниваемых группах. Окончательный гемостаз при клипировании был достигнут в 86,5%, инъекционным методе – в 75,4%, при сочетании клипирования и инъекции – 88,5%, термокоагуляции – 81,2%.

Особую сложность представляют случаи СМВ III стадии (разрыв всех слоёв пищевода, пищеводно-желудочного соединения). Результаты лечения этой категории больных во многом зависят от адекватного дренирования просвета пищевода и предотвращения попадания в него агрессивного желудочного содержимого и слюны. Для этих целей предложено множество методов разобщения непрерывности пищеварительного тракта (наложение эзофагостомы, гастростомы, различные методы перевязки и прошивания абдоминального отдела пищевода, желудка). Предложена установка Т-образной трубки в просвет пищевода, которая приводит к развиту контролируемого пищеводно-плеврального свища. Назогастральная интубация также не лишена недостатков и приводит к нарушению глотания и экспекторации, усилению гастроэзофагеального рефлюкса. Более удачным считают трансгастральное активное дренирование пищевода, которое может применяться у больных как с ушиванием дефекта пищевода, так и у больных, у которых устранение дефекта невозможно.

Оперативное лечение выполняется у 10-24% больных с СМВ. Эндоскопическое лечение показано при лёгкой и средней степени кровопотери, при тяжёлой степени с наличием выраженных анатомических нарушений запирающего аппарата кардии эффективность эндоскопического гемостаза очень мала, высока частота рецидивов кровотечения.

Рекомендуется выполнять широкую гастростомию, производить ушивание разрывов слизистой оболочки однорядным швом. **Хирургическое лечение** показано при тяжёлой степени кровопотери, наличии глубоких и множественных трещин с признаками активного кровотечения при проведении эндоскопического осмотра, при глубоких разрывах стенки пищевода, желудка в связи с опасностью перфорации и при развитии рецидива кровотечения.

Хирургический гемостаз был использован у больных с СМВ до 50% случаев (в среднем 36,3%), причём достоверных различий по летальности между оперированными и неоперированными не было.

Синдром Маллори – Вейсса по МКБ-10 кодируется как желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (К 22.6), тем самым подчёркиваются два его ведущих компонента – геморрагический и разрывной (повреждение стенки). Кроме того, в самом термине заложен принцип анатомической локализации – желудок и пищевод, а последовательность терминов – желудочно-пищеводный – уточняет патогенез синдрома Маллори – Вейсса – направление патологического процесса в проксимальном направлении от кардиального отдела желудка к пищеводу.

В структуре причин ОКВОПТ большую часть составляют кровотечения из гастродуоденальных язв (40,4%), на втором месте (32,8%) кровотечения при синдроме Маллори – Вейсса. На третьем (13,4%) – источником кровотечений явились эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующие заболевания у больных с СМВ

Сопутствующее заболевание	В абсолютных величинах	В процентах
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	300	51,8
Хронический гепатит, цирроз печени	336	58
Хронический панкреатит	202	34,8
Хронические гастриты	84	14,5
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	84	14,5
Хронический алкоголизм	499	86
Заболевание сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз)	222	38,3

Причиной значительного увеличения больных с СМВ является заметный рост алкоголизации населения, случаев отравления, в том числе суррогатами алкоголя, учащение госпитализации больных в состоянии алкогольного психоза, делирия. По нашим данным, у 87% больных с СМВ развитие данного синдрома было связано с приёмом алкоголя, последствиями его приёма (похмельный синдром – «синдром 2-3 суток»), или они были хроническими алкоголиками. По нашим наблюдениям, 86% больных в клинику поступали в состоянии алкогольного опьянения (средней и тяжёлой степени) или алкогольного психоза, делирия.

Также важным фактором, способствующим увеличению количества больных с СМВ, является рост сопутствующих и фоновых заболеваний. Так, проведённый нами анализ историй болезни за 2008-2010 гг. и 1994-1995 гг. показал увеличение сопутствующих заболеваний на 23,2% – до 91,5% в последний период анализа. Причём следует отметить, что у 40,8% больных выявлены 3 и более сопутствующих заболеваний. Сведения о сопутствующей патологии представлены в таблице 2.

Особенностью СМВ в последние годы является нередкое сочетание нескольких причин кровотечения – варикозное расширение вен пищевода, эрозивный эзофагит, язва кардиального отдела желудка, пищевод Баррета, сочетание двух и более причин, по нашим данным, встречается в 31,4% случаев (182 больных). В такой ситуации, особенно при сочетании СМВ с варикозным расширением вен пищевода II-III степени, кровотечение обуславливается двумя причинами и источниками, носит смешанный артериальный (чаще при СМВ) и венозный характер и представляет особые сложности в определении преобладающей причины кровотечения и, соответственно, в выборе рациональной лечебной тактики для достижения гемостаза.

Из 182 больных с СМВ с сочетанными причинами острого кровотечения, наиболее часто выявлен эрозивный эзофагит, в большинстве случаев, как следствие рефлюкс-эзофагита из-за недостаточности кардиального жома (53,84%), на втором месте (23,07%) – сочетание разрывов пищеводно-кардиального перехода с варикозным расширением вен пищевода, на третьем месте – с язвой кардиального отдела желудка (13,18%) и на последнем месте – сочетание СМВ и пищевода Баррета (9,89%).

Таким образом, патофизиологическими и клиническими особенностями СМВ являются частое сочетание с заболеваниями печени (цирроз, хронический гепатит), грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сердечно-сосудистой патологией и злоупотреблением алкоголем. В ряде случаев СМВ следует рассматривать как осложнение указанных сопутствующих заболеваний. Летальные исходы возникают при сочетании СМВ с

тяжёлыми заболеваниями печени (цирроз печени в стадии В и С по Child-Pugh), злокачественными новообразованиями, тяжёлыми острыми отравлениями с развитием токсической дистрофии печени, когда кровотечение на фоне декомпенсации органов и систем органов нередко приводит к необратимым состояниям организма.

При наличии типичных анамнестических данных (сильная рвота, повторная рвота со свежей кровью, передозировка алкоголя, наличие сопутствующих заболеваний печени, пищевода и желудка), клинических данных, признаков острой анемии, клиническая диагностика не вызывает трудностей. Следует только иметь в виду, что причиной рвоты, следовательно, и СМВ, могут быть и другие причины: приступы мигрени, беременность, приём медикаментов, рвота после химиотерапии и др.

Диагностика СМВ строится практически на принципах, принятых при острых кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта другой этиологии.

Клиническая диагностика крайне важна при СМВ. У всех больных (за исключением одного) при тщательном сборе анамнеза были указания на эпизод рвоты (у 365 (62,93%) повторный) или позывы на рвоту, при повторной рвоте – кровью, а также связь начала заболевания с употреблением, чаще злоупотреблением, алкоголя. У больных выявлялись другие, характерные для острых желудочно-кишечных кровотечений симптомы (слабость, головокружение, гипотония, тахикардия, бледность кожи и слизистых оболочек, мелена и др.). У больных выясняли наличие сопутствующих заболеваний, таких как хронический гепатит, хронический панкреатит, заболевания желудка, приём медикаментов, эпизоды физических перегрузок, включая длительные авиаперелёты, плавание и др. У 7 больных начало заболевания совпало с авиаперелётами, первые признаки СМВ были констатированы на борту самолёта в виде рвоты кровью, эти больные были доставлены в клинику после приземления. Четверо из этих больных принимали спиртные напитки накануне вылета, в трёх случаях анамнестически были выявлены признаки синдрома «укачивания».

В соответствии с принятым алгоритмом, несмотря на многообразие причин острых желудочно-кишечных кровотечений, на первых этапах этим больным неотложная медицинская помощь оказывалась по посиндромному принципу – по поводу острого кровотечения. Этиопатогенетические подходы в выборе лечебной тактики и лечении применялись на этапе уточнений диагностики и чаще после окончательной остановки кровотечения.

Лечебно-диагностические мероприятия при ОКВОПТ, в том числе и при синдроме Маллори – Вейсса, нами условно подразделены на две группы: универсальные и специальные.

Основные критерии оценки степени тяжести состояния больных и кровотечения при синдроме Маллори – Вейсса

Показатели	I степень – лёгкая	II степень – средней тяжести	III степень – тяжёлая
общее состояние больного	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое
частота сердечных сокращений	<100	100-120	>120
систолическое АД (мм рт.ст.)	>100	100-80	<80
гемоглобин Hb (г/л)	>100	100-80	<80
ЦВД (см. вод. ст.)	10-15	<5	не выше 0
Ht (%)	>40	40-25	<25
индекс Альговера – Бурри	<1	1-1,5	>1,5
диурез (мл/час)	>30	15-30	<15
дефицит ОЦК (%)	до 20	до 30	>30
обморочное состояние	-	редко	характерно

Универсальные мероприятия включали задачи диагностического и лечебного плана, характерных для кровотечений вообще, они лимитированы временным фактором,

их эффективность во многом определяется решением организационных факторов оказания экстренной помощи и в принципе должны основываться на стандартах (протоколах) диагностики и лечения.

Универсальные мероприятия включали две группы задач, первая из них должна была призвана определить:

- тяжесть общего состояния больных;
 - степень тяжести кровотечения;
 - объём кровопотери;
 - группу крови и резус-фактор больного;
 - запас крови и её компонентов;
 - показатели свёртывающей системы крови;
 - профиль отделения (реанимационное, палата интенсивной терапии, хирургическое, операционное);
 - вероятный источник кровотечения.
- Вторая группа задач должна была обеспечить проведение:
- катетеризации центральных вен;
 - противошоковой терапии;
 - возмещение дефицита ОЦК;
 - компенсации гемической гипоксии – кислородтранспортной функции.

Специальные мероприятия были направлены на установление источника кровотечения, его характеристик, определение метода гемостаза и включали в себя:

- фиброэзофагогастроскопию;
- по показаниям – ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, ангиографии висцеральных ветвей брюшной аорты;
- обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка;
- лапароскопию.

Основной задачей в приёмно-диагностическом отделении при госпитализации больных с СМВ является определение тяжести состояния больного и степени тяжести кровотечения. Данная оценка основывалась на анализе следующих данных, которые представлены в таблице. Нами были выделены 3 степени тяжести состояния больных (удовлетворительное, средней тяжести и тяжёлое) и 3 степени тяжести кровотечения (лёгкое, средней тяжести и тяжёлое), которые оценивались на основании анализа 9 информативных, объективных клинико-лабораторных показателей (табл. 3). Определение последних в настоящее время возможно во всех лечебно-диагностических учреждениях, а также при транспортировке больных службой скорой медицинской помощи.

При первичной оценке состояния сопоставление только трёх основных показателей – частоты сердечных сокращений (>100 в 1 мин), систолического артериального давления (<100 мм рт.ст.) и уровня гемоглобина (<100 г/л) позволяет отнести эту категорию больных в группу со среднетяжёлым и тяжёлым кровотечением. Подобная клиническая ситуация нами определяется как «правило трёх ста» и является основанием для принятия экстренных лечебно-диагностических мер уже в приёмно-диагностическом отделении.

По степени тяжести кровотечений больные с СМВ распределились следующим образом: I – лёгкая степень кровотечения была у 284 (48,96%), II (средняя) – у 95 (16,37%) и III (тяжёлая) была у 201 (34,65%).

У больных с лёгкой степенью кровотечения все диагностические методы проводились в приёмно-диагностическом отделении. При средней степени тяжести, при стабильной гемодинамике поступали как при лёгкой степени кровотечения. При тяжёлой степени кровотечения больные немедленно направлялись в отделение интенсивной терапии и

Таблица 3

Структура причин и рецидивов кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

№	Причины острого желудочно-кишечного кровотечения	Частота причин		Рецидивы	
		Абс.	В %	Абс.	В %
1.	Синдром Маллори – Вейсса	580	32,8	16	2,75
2.	Острая язва желудка	244	13,8	49	20,08
3.	Острая язва ДПК	217	12,28	27	12,44
4.	Хроническая язва желудка	104	5,89	17	16,34
5.	Хроническая язва ДПК	149	8,43	12	8,05
6.	Эрозивный эзофагит	141	7,98	8	5,67
7.	Эрозивный гастрит, дуоденит	96	5,43	6	6,25
8.	Рак желудка	30	1,69	18	60
9.	Рак пищевода	8	0,45	5	62,5
10.	Варикозное расширение вен пищевода	94	5,32	31	32,97
11.	Оперированный желудок	31	1,75	2	6,45
12.	Синдром Дъелафуа	12	0,68	10	83,33
13.	Другие (химический ожог пищевода, желудка, неуточнённой локализации и др.)	62	3,5		
Всего		1768	100	201	11,37

Таблица 1

Эксперты Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы разработали концепцию развития психиатрической службы города. Текст документа размещён на сайте учреждения. Концепцией, в частности, предусмотрено увеличение амбулаторной сети психоневрологических диспансеров в столице, при этом амбулаторные подразделения всех психиатрических больниц предполагается расширить за счёт дополнительных помещений, а часть стационарных подразделений репрофилировать под нужды больных.

В рамках предложенной экспертами концепции предполагается передача стационара психиатрической клинической больницы (ПКБ) № 15 Департамента здравоохранения Москвы в ведение Департамента труда и социальной защиты населения Москвы для обустройства на его базе психоневрологического интерната для проживания и обслуживания недееспособных лиц с хроническими психическими расстройствами. Кроме того, планируется объединение психиатрической клинической больницы (ПКБ) № 3 им. В.А.Гиляровского и ПКБ № 4 им. П.Б.Ганнушкина. «Одновременно с распространением лучших медицинских практик это приведёт к сокращению административно-управленческого персонала и повышению эффективности деятельности учреждений», — отмечают авторы концепции.

Увеличение штата специалистов психиатрических служб также предусмотрено концепцией. Как отмечают эксперты, в настоящее время в городе существует дефицит специалистов службы, особенно в амбулаторном звене. Для развития амбулаторного сектора психиатрической службе дополнительно потребуется не менее 370 врачей, 150 медицинских сестёр, 400 немедицинских специалистов (клинических психологов, специалистов по социальной работе). С будущего года для них пред-

усматривается проведение программ повышения квалификации.

Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун сообщал, что число психоневрологических диспансеров в 2017 г. увеличится в Москве вдвое — с 20 до 40 учреждений. Всё это вызвало неоднозначную реакцию как в медицинском сообществе, так и среди общественности. Логично, что СМИ активно «подхватили» эту, на первый взгляд, весьма неоднозначную и дискуссионную

чувствовать себя полноправными членами общества.

Как известно, в психиатрическую больницу пациент попадает либо в состоянии острого психоза, либо при обострении какого-либо хронического ментального заболевания. Иными словами, главное предназначение психиатрического стационара заключается в лечении больных с острой психиатрической патологией. Дальнейший путь такого человека может быть двояким. Первый, с моей точки

мощи населению наблюдается во всех экономически развитых странах.

К сожалению, в нашей стране львиная доля коек психиатрического стационара есть ни что иное как дом пациента, где он живёт месяцами, а иногда и годами. Главной задачей, стоящей перед нами, является отделение больных, нуждающихся в амбулаторном ведении своей психиатрической патологии с периодическим купированием

Это касается всех областей клинической медицины, а не только психиатрии. Собственного говоря, это в значительной степени лежит в основе ключевых медико-социальных показателей в экономически развитых странах. Не могу отвечать за федеральный уровень, но на уровне Москвы, как одного из субъектов РФ, мы сделаем всё возможное для соответствия лучшим зарубежным системам оказания психиатрической помощи населению. Многие говорят, что в

Авторитетное мнение

С сердечным подходом к ментальным проблемам

Психиатрическая медпомощь столицы стремится к мировому уровню

проблематику, буквально пестря всевозможными гипотезами об истинной подоплёке данной реформы. Ситуацию взялся прояснить заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Леонид Печатников, специально выделивший время для этого перед проведением очередной Московской городской клинико-анатомической конференции.

— Реорганизация психиатрической службы, проводимая столичными властями, не носит келейный характер. Главные врачи столичных психиатрических стационаров в течение последнего года усердно работали над концепцией психиатрической помощи в городе, которую нам необходимо привести в состояние, соответствующее мировой отраслевой модели. Дело в том, что в 2005 г. Россия подписала международное соглашение, где среди прочего говорится, что психически больные люди, прежде всего, должны

зрения, — предпочтительный, после купирования острого состояния такой пациент выписывается домой на амбулаторное лечение под контролем психиатра по месту жительства — из районного психоневрологического диспансера — медучреждения, являющегося амбулаторным структурным подразделением для «ментальных» пациентов. Если больной способен компенсировать своё психическое состояние амбулаторным приёмом медикаментов, его право на нахождение в социуме сомнению не подлежит. Это находится в компетенции психиатра.

Другое дело — когда человека нельзя вернуть в социум. Например, при тяжёлых формах болезни Альцгеймера. Родственники не в состоянии обеспечить такому больному адекватный уход в домашних условиях. В этом случае пациент должен находиться в условиях психоневрологического интерната. Именно такая система оказания психиатрической по-



её обострений в условиях стационара, от пациентов, которым необходимо пребывание в таких больницах на постоянной основе. Именно в этой связи мы создаём сеть психоневрологических диспансеров, предназначение которых состоит в амбулаторной поддержке пациентов с ментальной патологией.

Необходимо понимать: амбулаторное лечение, если на то есть чёткие показания, всегда предпочтительнее стационарного.

столичном регионе сокращаются вакансии для докторов, однако на сегодняшний день мы испытываем недостаток в психиатрах в связи с данной реформой. Поэтому одной из основных наших задач является обеспечение подготовки кадров для эффективной работы в психиатрическом сегменте столичного здравоохранения с целью амбулаторного ведения психиатрических пациентов на самом высоком уровне.

Наша концепция такова: психиатрическая больница — это стационар, это медучреждение, предназначенное для лечения острых состояний, а также купирования обострений хронической патологии. Никакого отличия от других областей клинической медицины. «Хроники» вне обострения не нуждаются в стационарном лечении, их ведут амбулаторно, — резюмировал Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Острая тема

Возможности упущенные и неупущенные

Как оказывается помощь недоношенным?

В рамках проекта «Рождённый раньше срока» состоялся научно-философский диспут «(Не) упущенные возможности», так назвали это мероприятие его организаторы. Видеомост объединил в одну аудиторию более 1,5 тыс. российских неонатологов, педиатров и акушеров-гинекологов из большинства субъектов РФ. Около 500 участников присутствовали в залах городов подключения (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Екатеринбург, Новосибирск, Южно-Сахалинск), ещё порядка тысячи специалистов смотрели трансляцию в режиме онлайн. В ходе диспута обсуждались вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи недоношенным.

— Детская смертность среди недоношенных и на сегодняшний день представляет огромную проблему. Выживаяя ребёнка, рождённого раньше срока, лучше использовать самые современные технологии и оборудование. Только такой подход обеспечивает его здоровое полноценное развитие. Есть в этом и экономическая целесообразность: каждый рубль, вложенный в лечение и профилактику на протяжении первого года жизни, позволяет предельно минимизировать затраты в дальнейшем, — подчеркнула президент



Во время видеомоста

Европейской педиатрической ассоциации, заместитель председателя исполкома Союза педиатров России, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, заместитель директора Научного центра здоровья детей, академик РАН Лейла Намазова-Баранова.

— У одного из ста новорождённых выявляется кардиологическая патология. Поэтому использование возможностей ультразвукового оборудования в перинатальном кардиологическом и неонатальном скрининге с целью раннего выявления критических врождённых пороков сердца имеет особую актуальность. Крайне важно поставить

диагноз своевременно. Например, коарктация аорты, которую чаще всего «пропускают» при скрининге во 2-м и 3-м триместрах беременности, влечёт за собой летальный исход уже в первый месяц жизни, — отметила советник директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова доктор медицинских наук Екатерина Бокерия.

Ни одна инфекция, перенесённая в раннем возрасте, не проходит без последствий. Ведущее место в структуре заболеваемости и смертности среди новорождённых занимает респираторно-синциальный вирус (РСВ). Недоношенные дети находятся в группе высокого риска

инфицирования и тяжёлого протекания РСВ-инфекции. Главный специалист-неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова, профессор Антонина Чубарова акцентировала внимание аудитории на том, что в городах с высокой плотностью населения возможность заражения РСВ-инфекцией у детей, рождённых раньше срока, равна почти 100%. На данный момент лечение заболевания представляет собой только поддерживающую симптоматическую терапию. Однако существует ряд перспективных технологий по пассивной иммунизации новорождённых. Применение гуманизированных моноклональных антител позволяет снизить летальность и частоту госпитализаций, связанных с РСВ. Правильное использование таких технологий в итоге экономит бюджетные средства и полностью оправдывает затраты на мероприятия по иммунизации.

Даже в условиях экономического кризиса, когда велико желание снизить затраты на приобретение лекарственных средств, целесообразно и финансово выгодным является использование препаратов с доказанной эффективностью. Подтверждением служат программы профилактики преждевременных родов и послеродовых кровотече-

ний, реализуемые в Подмоскowie. По словам главного специалиста акушера-гинеколога Минздрава Московской области, главного врача Московского областного перинатального центра, профессора Ольги Серовой, в результате применения лекарственной терапии с доказанной эффективностью в регионе удалось повысить выживаемость недоношенных, улучшить качество оказываемой им помощи, сократить количество послеродовых кровотечений, оптимизировать затраты на выхаживание детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела.

Своевременное проведение качественной пренатальной диагностики и инвестиции в профилактику патологии являются основным трендом в оказании медицинской помощи детям, рождённым раньше срока, — к такому единодушному мнению пришли участники диспута.

В ходе мероприятия также был представлен новый дизайн шапочки детского доктора, которая вручается лучшим специалистам разного профиля, задействованным в оказании медицинской помощи недоношенным детям. В этом году орнамент шапочки разработал президент Российской академии художеств, народный художник РФ Зураб Церетели.

Елена РАДОВА.

Москва.

Одним из итогов уходящего года стало создание приказом Минздрава России «Северо-Кавказского федерального научно-клинического центра» Федерального медико-биологического агентства России (СКФНКЦ). В него в статусе филиалов вошли 6 известных здравниц региона, а также Клиническая больница в городе Лермонтове и Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации в Сочи.

Недавно для журналистов специализированных медицинских изданий был организован пресс-тур, в ходе которого они ознакомились с деятельностью СКФНКЦ, а также приняли участие в «круглом столе», состоявшемся на базе Лермонтовской клинической больницы. Он был посвящён развитию санаторно-курортного отдыха и лечения, особенно детского, на территории Северного Кавказа.

Придать особый статус

В качестве модератора «круглого стола» выступил генеральный директор СКФНКЦ Гукас Тер-Акопов. Гукас Николаевич рассказал о возглавляемой им организации, представил участников мероприятия.

Первое слово было предоставлено помощнику министра РФ по делам Северного Кавказа Сергею Прокопову. Фактом, заслуживающим особого внимания, Сергей Борисович назвал то обстоятельство, что ФМБА России сумело сохранить четыре детских санатория, не сократив их коечной ёмкости. Все другие санатории этого профиля на Кавказских Минеральных Водах, к сожалению, перестали существовать. Отчасти это было компенсировано по категории «мать и дитя» (когда дети находятся в санатории вместе с родителями). Однако не у всех семей, в которых ребёнок нуждается в отдыхе и лечении, есть соответствующие возможности. А как показывает статистика, абсолютно здоровых детей становится всё меньше и меньше.

Министерство РФ по делам Северного Кавказа считает приоритетной задачу развития Кавказских Минеральных Вод как главного бальнеологического курорта региона, отметил С.Прокопов. В министерстве разрабатывается закон о Кавминводах. Он призван сохранить их лечебный потенциал и максимально эффективно направить его на оздоровление населения. С принятием закона, появятся больше рычагов и возможностей для развития санаторно-курортного комплекса, привлечения инвесторов за счёт создания для них преференций в виде освобождения от земельного налога и налога на прибыль. В рамках подготовки стратегии развития санаторно-курортного комплекса РФ министерство выйдет с предложением о придании курортам России статуса территорий опережающего развития. Если предложение будет принято, появится возможность точно, то есть по инвестиционным площадкам, предоставлять серьёзные преференции. Санаторно-курортный бизнес тяжёлый, долгоокупающийся, но весьма стабильный. Желая вкладывать в него деньги есть. При наличии налоговых льгот и определённых государственных гарантий эти проекты реальны, заключил С.Прокопов.

Современные технологии

Реализация пилотного проекта комплексной реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве, осуществляемая в Омской области с 2015 г., стала предметом рассмотрения и обсуждения на двухдневном совещании в Омске.

В нём, помимо руководителей и ведущих специалистов местных министерств и ведомств, территориального фонда социального страхования, Главного регионального бюро медико-социальной экспертизы и Федерации омских профсоюзов, принял участие и заместитель председателя Фонда социального страхования РФ Сергей Алещенко. Мало того, Сергей Иванович побывал и в Омском областном клиническом медико-хирургическом центре (КМХЦ), в котором ставят, как говорится, на ноги пациентов даже с тяжёлыми

А также рост производительности труда

Санаторно-курортные факторы являются уникальным ресурсом, позволяющим добиться больших успехов в профилактике и лечении основных социально значимых заболеваний, а также в реабилитации после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

страдающих ДЦП, с применением клеточных технологий.

Парадокс, на первый взгляд

Причину сокращения детских санаториев на Северном Кавказе и вообще по стране во многом объяснил Гукас Тер-Акопов. Кому-то покажется парадоксом, но затраты на пребывание в санатории и оздоровление ребёнка намного выше, чем затраты на взрослого.

Проблемы и решения

В интересах здорового детства

Перспективы санаторно-курортного лечения маленьких пациентов обсуждались на Северном Кавказе



Удивительная природа Северного Кавказа благотворно влияет на здоровье детей

Меры будут приняты

Заместитель министра культуры Ставропольского края Юлия Косарева, которая курирует туристическую сферу, отнесла к положительным итогам уходящего года стабильный поток отдыхающих на курорты Северного Кавказа, а к отрицательным – снижение числа детей в этом потоке. Последний факт будет подвергнут тщательному анализу, по его итогам будут приняты необходимые меры. В продолжение темы экономического стимулирования санаторно-курортной деятельности Юлия Николаевна напомнила о состоявшемся в Кисловодске расширенном заседании трёх комитетов Совета Федерации Федерального Собрания РФ по комплексному развитию города-курорта. Предложения по предоставлению налоговых каникул, высказанные на заседании, были ещё более решительными, чем в проекте закона о Кавминводах.

В результате повторных курсов санаторно-курортного лечения в 2,5-3 раза снижается рецидивирование хронических заболеваний и практически во столько же уменьшаются выплаты по больничным листам. Производительность труда у людей, получающих санаторно-курортную помощь 2-3 раза в течение жизни, повышается на 12%. Такие данные привела в своём выступлении директор Пятигорского государственного НИИ курортологии ФМБА России Наталья Ефименко. Санаторно-курортное лечение детей имеет свои особенности, подчеркнула Наталья Викторовна. Этими особенностями занимается возглавляемый ею институт. Здесь, например, были разработаны методики реабилитации детей из Чернобыльской зоны, методики лечения ювенильного артрита с помощью поэтапного рефлекторного воздействия грязевыми аппликациями низких температур и многое другое. Запланировано исследование по лечению детей,

К детским заведениям предъявляются особые требования. В них должно быть больше персонала, требуются особые категории сотрудников, например воспитатели, детские психологи. Для перевозки детей используется специальный транспорт. Перед выездом на расстояние, превышающее установленные ограничения, этот транспорт проходит дополнительный технический осмотр. И таких специфических моментов очень много. При сокращении финансирования детским учреждениям выжить трудно, они закрываются. ФМБА тоже затронуло бюджетное сокращение, но финансирование программ детского оздоровления не уменьшилось.

За «Десятилетие детства»!

Тамара Ходова является заместителем генерального директора – руководителем филиала СКФНКЦ «Санаторий им. Н.К.Крупской» ФМБА России в городе Железноводске. Санаторий – одна из многих здравниц, в которой лечатся только дети (с 7 до 14 лет); здесь нет отделений «мать и дитя». Тамара Викторовна видит обнадеживающий знак в том, что пресс-тур журналистов и «круглый стол» состоялись в контексте прошедшего 15 ноября заседания Совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. На заседании председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко констатировала рост хронических заболеваний у детей, приводящих к инвалидизации. За последние 5 лет число детей-инвалидов в России увеличилось на 10% и достигло 617

тыс. В этой ситуации необходимо не сокращать, а расширять сеть и возможности детских санаторно-курортных учреждений. Т.Ходова высказалась в поддержку инициатив ввести законодательный запрет на закрытие и перепрофилирование детских санаториев и объявить в России «Десятилетие детства» как продолжение Национальной стратегии действий в интересах детей. Если вокруг большой проблемы сплотятся неравнодушные энергичные профессиональные люди, она непременно будет решена, считает Т.Ходова.

И лечат, и учат

Санаторий «Смена» в Кисловодске – также один из филиалов СКФНКЦ. В нём лечатся взрослые, маленькие пациенты без сопровождения родителей, а также с сопровождением. О специфике работы санатория рассказала его руководитель, заместитель генерального директора СКФНКЦ Татьяна Кулаковская. «Смена» специализируется на лечении заболеваний верхних дыхательных путей. Особенностью лечебной базы является астма-школа. Эта уникальная методика была создана специалистами Пятигорского государственного НИИ курортологии более 30 лет тому назад и за прошедшие годы очень хорошо себя зарекомендовала. Астма-школа, как следует из самого названия, подразумевает не только лечение, но и обучение. Дети и взрослые учатся самостоятельно прекращать приступы астмы.

Татьяна Васильевна отметила опасную тенденцию, которая появилась в 2016 г.: средства, выделенные на детский отдых, направлялись преимущественно на самые малозатратные его виды. Оздоровительные школьные лагеря – это, конечно, важно и хорошо, но они не могут дать эффекта, сравнимого с санаторно-курортным лечением.

Я задышал, задышал!

Об уникальности тебердинских курортов рассказал заместитель генерального директора – руководитель филиала СКФНКЦ санатория «Нарат» ФМБА России в городе Теберде Борис Байчиров. Оздоровительный комплекс в Карачаево-Черкесии формируется с XIX века. Нарботки огромные. «Нарат» тоже специализируется на заболеваниях бронхо-лёгочной системы. В нём лечатся взрослые и дети. Результаты превосходные. Когда ребёнок выходит на игровую площадку и говорит: «Ой, я задышал, задышал!» – ради этого стоит жить и работать.

По завершении «круглого стола» участники пресс-тура посетили санатории, входящие в СКФНКЦ ФМБА России.

Тимофей КОЗЛОВ,
спец. корр. «МГ».

Фото автора.

Сохранить людей в профессии

производственными травмами и предоставляют им полный комплекс услуг по реабилитации.

Ежегодно в травматолого-ортопедическое отделение КМХЦ попадают около 30 человек, и основная задача его медицинского персонала – обеспечить своевременное и максимально эффективное лечение, которое позволит в оптимальные сроки восстановить трудоспособность пострадавшего на производстве. Квалификация врачей и среднего медицинского звена этого отделения, технологическое оснащение позволяют использовать все самые передовые мировые технологии.

При переломах, например, применяются наиболее эффективные методы остеосинтеза – а при тяжёлых переломах лучевой кости, прежде нередко приводящих к

стойкой утрате трудоспособности пациентов, давно уже в большинстве случаев установкой пластин используются малоинвазивные методики. Фиксация костных отломков проводится с минимальной кровопотерей, поскольку пластину внедряют через небольшие разрезы, не открывая зону перелома. Восстановительные операции с использованием мощного высокоточного цифрового оптического устройства, позволяющего сшивать нервные окончания толщиной в десятые доли миллиметра, стали обыденными и при тяжёлых травмах кисти. Нередки случаи, когда микрохирурги КМХЦ буквально пришивают отрезанные пальцы и руки.

Ещё один немаловажный фактор – большинство вмешательств выполняются с помощью проводниковой анестезии, когда обезбо-

ливается лишь определённая часть тела, а сознание и самостоятельное дыхание пациента сохраняются. Такая методика позволяет добиться минимального восстановления после обезболивания и практически не имеет пагубного влияния на организм человека. После оперативного лечения пациенты с тяжёлой производственной травмой направляются в Центр реабилитации, санаторий «Омский».

– Эффективности проводимых мероприятий немало способствует тесная связь со специалистами Фонда социального страхования и врачами санатория «Омский», начиная с момента поступления пациентов с тяжёлой производственной травмой в наш центр, – рассказывал высокому московскому гостю главный врач КМХЦ Вадим Бережной. – И у большинства из

них трудоспособность восстанавливается...

Такие результаты редки даже в европейских клиниках. Но нужно стремиться к более высоким, сказал на совещании С.Алещенко. Почему сейчас ведётся переход от модели, когда по факту производственных травм человек получает денежную компенсацию, часто пожизненно, к модели, когда Фонд социального страхования РФ выдвигает в приоритет профилактические мероприятия. И в 2017 г. фонд продолжит реализовывать эту модель.

– Профилактика и реабилитация позволяют сократить утрату трудоспособности граждан, получивших травму на производстве, вернуть их в короткий срок в рабочий процесс, сохранить людей в профессии, – подчеркнул Сергей Иванович.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Через два года Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области будет отмечать 100-летний юбилей. В последние годы оно находится на подъёме – повысился профессионализм сотрудников, расширилась материальная база, значительно улучшилось техническое оснащение, позволяющее выполнять самые сложные исследования. Эти успехи достигнуты под руководством начальника Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области профессора Владимира КЛЕВНО.

– Владимир Александрович, сейчас возглавляемое вами бюро – один из ведущих судебно-медицинских центров страны с безупречной репутацией. С каким багажом вы заканчиваете 2016 г.?

– Начну с того, что в нашем бюро функционирует 96 структурных подразделений, расположенных на территории Москвы и Московской области. В их число входит 47 судебно-медицинских, 18 судебно-химических и 8 судебно-гистологических отделений. Экспертами в уходящем году проведено около 50 тыс. судебно-медицинских исследований трупов, что почти на 5 тыс. больше, чем в 2015 г. По их числу наше бюро является первым в России. Среди других позитивных тенденций – рост количества экспертиз живых лиц.

Бюро имеет хорошую лабораторно-диагностическую базу, современное оборудование, позволяющее проводить на высоком профессиональном уровне судебно-химические, судебно-биохимические, медико-криминалистические, молекулярно-генетические исследования.

– **Каковы наиболее важные из задач, которые решает судебно-медицинская экспертиза?**

– Первая – это экспертное сопровождение деятельности правоохранительных органов и судебных систем в делах, связанных с преступлениями против жизни и здоровья граждан. Мы представляем экспертные заключения на этапах предварительного следствия, доследственного и судебного расследований. Этой деятельности посвящён специальный датированный ежегодник. Вторая задача – содействие органам здравоохранения и подведомственным им учреждениям Московской области в улучшении качества оказания медицинской помощи. Для решения этого вопроса в бюро создана группа специалистов по анализу случаев смерти в стационарах медицинских организаций Подмосковья. Её возглавил мой заместитель по организационно-методической работе. Это большой и кропотливый труд, ведь ежегодно наши эксперты исследуют более 2,5 тыс. случаев смерти в стационарах медицинских организаций.

Установить истинную причину смерти – главная задача экспертов. Как вы понимаете, установленный лечащим врачом клинический диагноз не всегда соответствует результатам судебно-медицинского исследования. Итог работы группы – ежегодный бюллетень по сопоставлению клинического и судебно-медицинского диагнозов, который мы предоставляем министру здравоохранения Московской области. Он содержит данные статистических наблюдений за учётом расхождений диагнозов, анализ причин этого при различных видах смерти, выводы, практические рекомендации и предложения. Это позволяет наблюдать динамику анализируемых показателей, тенденции и тренды в разрезе заболеваний и причин смерти, дефекты ока-

зания помощи по профилю клинических специальностей. Круг пользователей этого бюллетеня очень широк – руководители и специалисты Минздрава Московской области, медицинских организаций, а также врачи-клиницисты и врачи-судебно-медицинские эксперты. Скажу, что расхождения клинического и судебно-медицинского диагнозов в прошлом году составили 25%, это очень высокая цифра, которая побуждает руководителей принимать серьёзные конкретные меры по улучшению диагностики заболеваний, травм и отравлений.

и причин смерти, для чего пригласили прочитать цикл лекций на эту тему эксперта из центра, сотрудничающего с ВОЗ в России. Это позволило улучшить качество посмертной диагностики, упорядочить причины смерти. Кроме того, мы приобрели программное обеспечение, благодаря которому судмедэксперт может провести кодирование причин смерти только в соответствии с правилами и исключениями МКБ-10.

Опыт бюро был востребован Минздравом Московской области при составлении аналогичной программы. Два наших специ-

стовать материально-техническую базу судебно-химического отдела.

– **Можно ли сказать, что повышение квалификации судмедэкспертов вышло на новый уровень?**

– На мой взгляд, сегодня специалист имеет больше возможностей для непрерывного профессионального образования. С января 2016 г. был осуществлён переход на современную систему последипломного обучения. Теперь каждый врач должен набирать в течение года не менее 50 зачётных единиц (кредитов):

кафедры судебной медицины (заведующий – профессор В.Клевно – Г.П.).

Бюро имеет договоры о научном сотрудничестве с МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова, Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова, Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова, Алтайским государственным медицинским университетом, Национальной меди-

Итоги

Влиятельное Бюро

Судмедэксперты Подмосковья делают ставку на современные технологии

Очень значимым в этой работе стал ежегодно издаваемый доклад по результатам мониторинга дефектов оказания медицинской помощи. В нём даётся анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам дел с решением вопросов о качестве оказания медицинской помощи в медицинских организациях Подмосковья. Кроме того, данные мониторинга за отчётный период сопоставляются с предшествующим периодом, что позволяет видеть динамику анализируемых показателей, тенденции в предотвращении выявляемых дефектов. Предназначен он для того же круга ответственных лиц.

В этом году впервые стали издавать ещё один ежегодный доклад, посвящённый мониторингу острых отравлений химической этиологии. Он содержит результаты статистического наблюдения за смертельными отравлениями.

– **Что послужило поводом для подготовки этого доклада?**

– В 2012 г. в Московской области количество смертельных отравлений от употребления наркотиков превысило смертельные исходы от употребления алкоголя. Мы назвали это явление «русским крестом». Стали разбираться в чём дело. По нашему мнению, причиной этой страшной тенденции стало прохождение через Московскую область трафика наркотиков из Средней Азии. К тому же выросло новое поколение молодых людей, у которого преобладает тяга к наркотикам. Искоренить это явление можно только решительными мерами.

– **Владимир Александрович, удаётся ли Подмосковью приблизиться к основным целевым показателям снижения смертности, которые перечислены в Указе Президента РФ от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»?**

– Разумеется, бюро не может напрямую влиять на снижение смертности. Мы только констатируем факты. Тем не менее стали разбираться в правильности кодирования причин смерти в медицинском свидетельстве о смерти. Мы провели обучение своих экспертов по использованию МКБ-10 для кодирования заболеваемости



алиста участвовали в доработке программного обеспечения по электронной выписке медицинских свидетельств о смерти для нужд медицинских организаций Подмосковья.

– **Как вам удалось улучшить материальную базу бюро? Не подвели ли частные инвесторы, которые обещали построить ряд зданий?**

– В июне 2015 г. состоялась коллегия Минздрава Московской области по вопросу совершенствования деятельности судебно-медицинской экспертной службы Московской области. На ней, в том числе, рассматривались проблемы совершенствования материально-технической базы бюро. Мы – участники государственной программы «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг., в рамках которой стало возможным строительство здания Сергиево-Посадского судебно-медицинского отделения и ряда других отделений нашей службы. Благодаря стараниям администрации городского округа Домодедово был выделен земельный участок под строительство судебно-медицинского отделения общей площадью 2,5 тыс. м². Таким образом, большой инвестиционный объект стал реальностью.

Также бюро участвует в реализации мероприятий программы «Безопасность Подмосковья» на 2014-2018 гг., что позволяет в значительной мере совершен-

36 из них – за счёт учёбы в образовательной организации (на кафедрах) и 14 – посещая научно-практические конференции, семинары, вебинары, аккредитованные в Координационном совете по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования при Минздраве России. Первые шаги к непрерывному медицинскому образованию мы сделали ещё в 2015 г., проведя 7 научно-практических и одну международную конференции. К примеру, на последней – «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики» – можно было набрать 15 зачётных единиц (кредитов). Таким образом была отработана модель проведения образовательных мероприятий.

– **По авторитетному мнению коллег, Ассоциация судебно-медицинских экспертов стала влиятельной и авторитетной общественной организацией. Почему?**

– Созданная 2 года назад, она действительно заявила о себе с лучшей стороны. Ассоциация является инициатором проведения образовательных мероприятий, аккредитованных в Координационном совете по развитию НМО, и создания электронных модулей. Это облегчит специалистам формирование портфолио для прохождения аккредитации. Ежегодно набирая 50 зачётных единиц (кредитов), за 5 лет они получают по 250. После чего специалист будет готов пройти аккредитацию. Ассоциация издаёт журнал «Судебная медицина» и является членом Национальной медицинской палаты.

В течение 2016 г. рабочей группой Ассоциации судебно-медицинских экспертов по поручению Национальной медицинской палаты разрабатывался профессиональный стандарт «врача-судебно-медицинского эксперта», который будет утверждаться Минтрудом России.

Большим подспорьем в непрерывном образовании врачей-судебно-медицинских экспертов Московской области стало создание на факультете усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского

цинской палатой, Национальным научно-практическим центром нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко и другими образовательными и научными учреждениями страны.

– **А что ждёт коллектив бюро от следующего 2017 г.?**

– Мы постараемся удержать лидерские позиции по всем направлениям судебно-медицинской экспертной деятельности, исполнению мероприятий государственных программ Московской области «Безопасность Подмосковья» на 2014-2018 гг., «Здравоохранение Подмосковья» на 2014-2020 гг., обучению в рамках непрерывного медицинского образования врачей-судебно-медицинских экспертов и работников со средним медицинским образованием. Акцент будет сделан на применении современных технологий в экспертной практике.

На апрель намечен Международный конгресс и научно-практическая школа «Актуальные вопросы судебной и экспертной практики – 2017». В его работе примут участие известные иностранные учёные и судебно-медицинские эксперты, что уже стало традицией. Для нас приятной неожиданностью стало известие о включении нашего конгресса в Европейский календарь международных мероприятий по судебной медицине на 2017 г. с указанием места проведения (Москва) и фамилии президента конгресса (профессор В.Клевно – Г.П.). Программа конгресса обширна. Это – экспертиза дефектов оказания медицинской помощи по материалам дела, экспертиза и правоприменительная практика медицинских критериев вреда здоровью, молекулярно-генетическая идентификация личности и медико-криминалистическая идентификация орудия травмы, современные технологии в исследовании биологических объектов. Речь пойдёт и о непрерывном медицинском образовании судебно-медицинских экспертов. Научная программа конгресса предусматривает пленарные и секционные заседания, школы, семинары, мастер-классы и «круглые столы». Нам есть что показать и рассказать российским и иностранным коллегам.

В завершение хочу от имени коллектива бюро поздравить коллег с наступающим Новым 2017 годом. Пожелать здоровья, благополучия, удачи и успехов в профессиональной деятельности.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

На днях один из журналистов города Владимира Марина Сычёва провела день с экспертами местной судебно-медицинской службы. Вот её наблюдения специально для «Медицинской газеты».

Отдел экспертизы потерпевших

На экспертизу причинённого здоровью вреда сюда приходят пострадавшие в драке, в ДТП, семейных разборках. «Я развелась и теперь живу с новым мужем, а мой бывший сошёлся с его бывшей и они вдвоём пьяные пришли меня бить, – плачет женщина лет сорока. – Теперь меня тошнит, голова кружится, не могу спать, потому что в какой позе ни ложись – всё больно».

Инна Елисеева, заведующая отделом, описывает её синяки и ссадины, чтобы составить заключение, с которым женщина сможет обратиться в полицию и в суд. Заодно рекомендует встретиться с невропатологом по поводу головокружений.

– Домашние ссоры, к сожалению, очень распространённое дело, – говорит она. – А самый редкий случай, которым нам пришлось заниматься – экспертиза по случаю отравления на отдыхе. Женщина приехала в Турцию, выпила молочный коктейль и заболела сальмонеллёзом. Есть факторы, по которым эксперт может установить давность и причины отравления. Ещё во время болезни она падала в обморок, остались раны, которые мы тоже зафиксировали. Не надо думать, что если не обратиться к эксперту сразу же после ЧП, то следы повреждений исчезнут и невозможно будет доказать факт происшествия. У взрослого человека даже обычные гематомы заживают достаточно долго.

Место происшествия

Полицейская машина ждёт у дверей бюро, чтобы забрать на место происшествия дежурного судмедэксперта Марка Шильта. «Мы выезжаем на все случаи насильственной смерти и смерти при неясных обстоятельствах, – говорит он. – Задача судебного медика – описать повреждения и попытаться предварительно установить время и причину смерти».

На этот раз случай достаточно простой: одинокая женщина покончила с собой, тело нашли родственники. Из петли её вынимают криминалисты.

«В принципе, нет сомнений, что это самоубийство, – объясняет Марк Шильт. – На это указывает положение тела, наличие предсмертной записки, а также ключ. Заметили, что ключи от квартиры лежали у неё под ногами? Дверь запирается, а не захлопывается – значит, она сама её закрыла. Наблюдательность – очень важное качество для эксперта, при желании её можно развить».

После того, как эксперт заканчивает работу, тело забирают в морг. Там, возможно, сам М.Шильт – а может быть и другой врач – сделает вскрытие и уточнит полученные данные.

Словно детектив

«Многие считают, что наша работа – это сплошной приключенческий роман, – размышляет Марк Янович. – А на самом деле это

Наши коллеги

Грани специальной медицины

Её приметами являются смертельный коктейль и разнообразный внутренний мир

если и книга, то скорее запутанный детектив».

Расходимся, не прощаясь. Это такая примета: если попрощаться, потом весь день по происшествиям ездить будешь. Молодым экспертам нравится это примерно одну неделю...

Кабинет начальника бюро

Главный судмедэксперт области Александр Семёнов угощает меня чаем с шоколадками: сладкое помогает поднять настроение. «С мёртвыми тяжело иметь дело, но с живыми – ещё тяжелее, – успокаивает он меня. – Работа судмедэксперта такова, что в ней всегда присутствуют две стороны: потерпевший и его обидчик. Какой вердикт не вынеси, кто-то останется недовольным. У нас, бывает посетители и плачут, и кричат, и в драку лезут. Многие вопросы, проблемы возникают из-за элементарного незнания. Например, обвиняют эксперта в том, что он указал отсутствие повреждений на мёртвом теле, а оно всё в синяках. Хотя это не синяки, а трупные пятна. Или требуют провести экспертизу, которая только в книжках существует или в сериалах, а не в реальности. Постоянно пишат нам жалобы. А ведь на каждую по правилам положено отвечать. Копии жалоб идут прокурору, Президенту, в Страсбургский суд... Поэтому своим сотрудникам я говорю: работайте беспристрастно, хорошо, делайте всё, что в ваших силах. Бывают трудные ситуации, тогда надо выпить чаю, перевести дух и работать дальше».

Судебно-химический отдел

Кровь и моча со всей области стекаются сюда на анализы: в отделе исследуют биологические материалы на наличие ядов, алкоголя, наркотиков и т.п. Четыре лаборанта готовят по 50 образцов в день. Им надо превратить содержимое пробирки в каплю прозрачной жидкости, пригодную для анализа. Этот процесс – чистая средневековая алхимия: в ход идут перегонные аппараты, водяные бани, делительные воронки, центрифуги.

Эксперт Ольга Соловьёва с помощью шприца отправляет готовый образец в хроматограф: уже через 3 минуты становится ясно – в этой крови был алкоголь.

– А это наш хромато-масс-спектрометр, такого нет ни в Иваново, ни в Ярославле, а у нас есть, – знакомит меня с самым важным агрегатом в их хозяйстве заведующий отделом Александр Снятков. – Детектор определяет все вещества, которые содержатся в образце, сверяясь со специальной библиотекой, которую со-



Начальник бюро Александр Семёнов и врачи-гистологи Татьяна Нефёдова и Маргарита Афанасьева за исследованием сложного случая гистологического препарата мозга

ставляют и пополняют эксперты по всему миру. Иногда всё-таки попадают неопознанные вещества. Но у нас нет возможности опознавать их и вносить в библиотеку, мы всё-таки судебные медики, а не научно-исследовательский центр.

Морг

От морга ждешь ужасов, но на самом деле здесь просто прохладно, чисто и даже не пахнет. Судмедэксперт Николай Шиловский только что закончил вскрытие прибившего накануне тела: мужчина был застрелен в центре Владимира. «Шесть пулевых ранений в голову и грудь, – перечисляет эксперт. – Пули калибра 9 мм, что соответствует патронам под пистолет Макарова. Впрочем, судя по моему опыту, это был не «Макаров» (позднее выяснится, что мужчина был застрелен из травматического пистолета, переделанного под «огнестрел»). Пули пришлось вынимать достаточно долго, одну так и не нашли: видимо, застряла в кости».

Каждый день эксперты вскрывают по 8-10 тел, после выходных и праздников – традиционно больше. Кстати, истории про экспертов, которые ходят в морг выпивать и закусывать – миф. Те, кто имеет отношение к смерти, относятся к ней с уважением. А ещё говорят, во владимирском бюро на работе не пьют даже санитары.

Судебно-гистологический отдел

Заведующая отделом Татьяна Нефёдова точно знает, как красив бывает внутренний мир человека. В её альбоме с результатами исследований – сделанные с помощью микроскопа снимки, на которых вид звёздного неба оказывается

циррозной печени, бутерброд с икрой – поражением мозга, абстрактный этюд – разрывом аорты, а морская волна – пятнами Вишневого, возникающими при смертельном обморожении.

Гистологическая экспертиза нужна для того, чтобы конкретизировать детали, ускользнувшие при других исследованиях: давность повреждений, их причину, прижизненность и т.д. Для этого берётся микроскопический срез с повреждённого органа, обрабатывается специальными препаратами, потом пристально изучается.

– Вот это – фрагмент лёгкого, на нём видны следы мелкоочаговой пневмонии, которая не могла стать причиной смерти потерпевшего, – глядя в микроскоп, выносит вердикт Т.Нефёдова.

Судебно-биологическое отделение

Хотя рабочий день вроде бы приближается к концу, здесь никто не расслабляется: каждый занят делом. Лаборант Вика ставит пробирки с кровью в аппарат, который должен выделить из образцов ДНК. С помощью специального ультрафиолетового осветителя исследует одежду изнасилованной девушки: ищет следы слюны или спермы её мучителя. В специальном ящике лежит бедренная кость со следами перелома и несколько лоскутов кожи с дырками от пули.

В шкафу для хранения вещдоков стоят пакеты с вещами потерпевших. «Мы стараемся договариваться со следователями, чтобы такие вещи как минимум просушивали, – объясняет заведующая отделением Галина Головкина. – Биологические следы состоят, в основном, из белка, который быстро разлагается

от влаги и солнечного света. Главное – не переусердствовать. А то был у нас молодой следователь, который всю одежду потерпевшего выстирал, выгладил и только потом привёз».

Рядом со шкафом – картотека, похожая на библиотечную. «Когда к нам попадают образцы крови, слюны, других жидкостей, мы высушиваем их, упаковываем и храним в течение 5 лет, – показывает Г.Головкина. – Они нужны, если впоследствии вскроются новые обстоятельства дела, которые требуют нашего вмешательства. Ещё можем обратиться к ним, если требуется генетическая экспертиза. Например, несколько лет назад убили бизнесмена, а потом объявилась женщина и рассказала, что у неё ребёнок от покойного».

Кстати, пока мы разговариваем, уже готов анализ ДНК. Он показывает, что мужчина и женщина, чья кровь проходит экспертизу, являются биологическими родителями ребёнка с вероятностью 99,9%.

Медико-криминалистическое отделение

Эксперт Марк Фурман, один из ветеранов бюро, заполняя бумаги, рассказывает: «Завершено исследование по делу стрелка из Владимира. Наша задача – установить, каким образом пострадавший получил ранения. Дистанцию, с которой проводились выстрелы, калибр оружия пока можно установить только приблизительно. Подробнее это уточнят баллисты. Скорее всего, преступник, поджидая жертву, не стрелял в упор».

Все объекты здесь исследуются с помощью микроскопов. Помимо ран осмотренных экспертами, это острые и тупые орудия – ножи, топоры, камни, кирпичи, молотки и т.п., огнестрельное оружие. В кино судмедэксперт занимается одним исследованием, пока не найдёт ответы на вопросы, в жизни обычно приходится делать их несколько одновременно, эдакий криминалистический конвейер...

...И главный выход

Сотрудники бюро судебно-медицинской экспертизы расходятся по домам. На месте остаётся дежурный эксперт по городу. Ведь у ЧП не бывает перерывов. «Больше всего я боюсь, когда ночью или в выходной звонит телефон, – говорит Александр Семёнов. – Это значит, случилось что-то экстраординарное. А больше всего мечтаю уехать отдохнуть туда, где нет мобильной связи. Но таких мест остаётся всё меньше»...

Марина СЫЧЁВА,
внешт. корр. «МГ».

Владимир.

Сотрудничество

«Круглый стол», посвящённый вопросам организации нейроанестезиологической службы, состоялся на базе Федерального центра нейрохирургии в Тюмени. Главным гостям мероприятия стал известный американский анестезиолог, руководитель кафедры анестезиологии Университета Южной Калифорнии Владимир Зельман.

В.Зельман является практикующим врачом уже 58 лет. Он окончил лечебный факультет Новосибирского государственного медицинского университета, возглавлял

Доктор из США посетил Тюмень

отделение нейроанестезиологии Института неврологии Академии медицинских наук СССР в Москве, а затем уехал в США.

«То, что я увидел в Тюмени сейчас, меня впечатлило. Нейрохирургический центр – это большой шаг в развитии, здесь представлены самые современные технологии, диагностическое, лечебное и хирургическое оборудование. Результаты операций говорят о высоком профессионализме всей

команды. Я вижу, как главный врач учреждения Альберт Суфианов заботится о развитии центра. Он виртуозный хирург и прекрасный организатор, учреждение находится в надёжных руках», – поделился гость своими впечатлениями.

В.Зельман выступил с докладом на тему «Современные тенденции в организации нейроанестезиологической службы». В своей речи он обратил внимание на важность сохранения когнитивных функций

мозга у больных, в том числе у тех, кто провёл долгое время в реанимации, ведь задача врачей – не только спасти жизнь человека, но и помочь ему вернуться в социум.

Гость отметил, что наука и медицина прогрессивно развиваются, появляются всё менее травматичные методы хирургического вмешательства. И если сегодня врачи могут проникать в мозг пункционным путём, осваивают лазерные методы, то в будущем для

лечения патологий будет активно применяться генная инженерия.

«Узнавая причину болезни на генном уровне, мы сможем заменять патологический ход процесса. Это похоже на то, как обычные инженеры могут заменить неисправные детали в конструкции», – пояснил американский гость.

В.Зельман побывал в детском отделении, в симуляционной лаборатории, гибридной операционной и оставил запись в книге почётных гостей.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Москва.

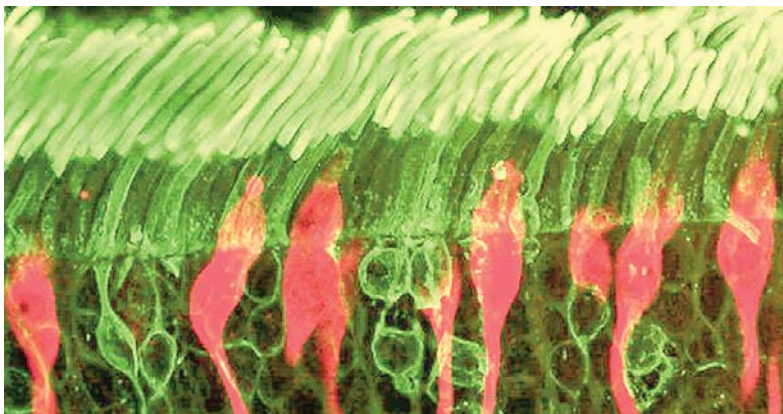
Выводы

Микробы и стволовые

В Институте молекулярной и клеточной биологии Дрездена заинтересовались проблемой развития мозговой коры человека. Его сотрудники оттакаливали от широко известной мутации в гене *MyoH*, кодирующем синтез тяжёлой – *heavy*, откуда её название, – цепи мышечного белка миозина.

Этой мутации около полумиллиона лет, и нарушение в гене привело к резкому ослаблению силы жевательных мышц, в результате чего наши африканские предки утратили способность пережёвывать жёсткую растительную пищу. Это вынудило ГМ-предков перейти на значительно более калорийную животную пищу (хотя шимпанзе тоже изредка позволяют себе «побаловаться» детёнышами других обезьян). В Дрездене обнаружил мутацию в другом гене (*ArhGAP*), белок которого активирует фермент, локализованный под мембраной клетки (*Rho GTPase activating Protein*). Фермент имеется только у человека и его «родственников» в лице неандертальцев и денисовцев, оказывая нейропролиферативный эффект, то есть стимулирующий деление нервных стволовых клеток и повышающий жизнеспособность их потомков, дающих нейроны коры.

Эти, казалось, отвлечённые исследования имеют, однако, большое практическое значение. Одной из проблем клеточной биологии является незаменимый «выход» клеточного продукта индуцированием фибробластов кожи и получение из них плюрипотентных клеток (iPC), способных давать всё многообразие специализированных клеток организма. С другой стороны, раковые



Сетчатка глаза с зелёными палочками и красными колбочками

стволовые клетки дают опухоли, которые образуются, например, и при попытках замедлить старение. Так, в университете Вашингтона в городе Сент-Луис, что на Миссисипи, воздействием на энергетический обмен активировали, к своему удивлению, ген белка, способствующего росту клонов В-лимфоцитов. Стимуляция гена у мышей привела к росту глиобластомы, или самой «злой» опухоли мозга, а также подъёму уровня висфатина (от *fat* – жир), или белкового гормона жировых клеток. Известно, что воздействие на эмбриональные стволовые клетки приводит к включению потенциала образования жировых.

Участвует в направлении специализации клеток и белок фолликулин, открытый в фолликулах яичников, где проходит созревание яйцеклеток. Он регулирует движение клеток и их взаимодействие, состояние протеинов клеточного скелета, фагоцитоз, эндцитоз – внутреннюю «чистку»-избавление от отработавших своё протеинов – и многое другое. Немаловажен

и факт, что ген фолликулина является протектором генома, удерживая его от чрезмерной активации, могущей привести к раковой трансформации. После включения гена, осуществлённого в Сент-Луисе, в жировых клетках увеличилось число митохондрий, вырабатывающих энергию в виде АТФ. Выше говорилось, что действие на энергетический обмен привело к росту глиобластомы у мышей. Последняя возникает в результате роста глии, или клеток белого вещества мозга. При мутации в гене нейрофиброматоза разрастаются глиальные клетки зрительного нерва, давая его глиому. В том же Сент-Луисе выявили стимулирующее действие на её рост женского полового гормона эстрогена («подготавливающего» в матке рост слизистой). Но если есть механизм стимуляции, то должен быть и его «тормоз», возможно, в виде мужского тестостерона.

Возвращаясь к висфатину, можно упомянуть, что нарушения в его гене ведут к диабету 2-го типа,

не «отвечающему» на инъекции инсулина – белка, за выработку которого отвечают клетки островков в поджелудочной железе. От нехватки этого протеина страдают и диабетики 1-го типа, которым нужны постоянные «вливания» протеина. Вместе с тем учёные уже относительно давно научились получать клетки указанных островков, но их выход невелик. В Университете штата Орегон с помощью микробного белка сумели повысить число этих клеток у мышей.

Известно, что микробы, и в том числе синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*), образуют плёнки, препятствующие проникновению антибиотиков. В Калифорнийском технологическом институте Пасадины (район Лос-Анджелеса) получили картину бактериального белка *Pod*, который необходим для «фильмо»-образования. Другой белок с ферментной активностью (деметилаза) блокирует действие *Pod* и тем самым образование бактериальной плёнки. Оказалось также, что ещё один микробный протеин стимулирует развитие и специализацию инсулин-синтезирующих клеток поджелудочной железы.

Таким образом, далёкие от прикладной биомедицины исследования помогают решать проблемы, связанные с редкими и весьма распространёнными болезнями человека и животных. Ведь наши предки как-то выжили сотни и десятки тысяч лет назад, когда из лечебных средств были только листья растений и кора деревьев.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Science Advances,
Genes & Development.

Перспективы

Учёные из Медико-биологического института Сан-Диего, Института Скриппса, и Института Ла-Хойя (все – США) готовят к клиническим испытаниям новую вакцину против ВИЧ-инфекции. По их словам, они обнаружили механизм, который может научить иммунную систему за короткий срок выработать мощные антитела, нейтрализующие широкий спектр штаммов ВИЧ.

ВИЧ будет побеждён?

Функции антител широкого спектра напоминают состояние определённых клеток иммунной ткани, так называемых зародышевых центров, которые учёные именуют «чёрными ящиками» иммунной системы. Эти центры являются местами, где антитела превращаются в мощные машины для уничтожения вирусов. К сожалению, никто до сих пор не знал, как происходит этот процесс, так как иммунная система состоит из очень многих компонентов, и чтобы понять механизм созревания нейтрализующих антител широкого спектра действия, необходимо осознать, какие участки зародышевых центров имеют решающее значение для их создания.

Открытие учёных не только даёт понять, что происходит внутри «чёрного ящика», но и предоставляет возможность проверить саму вакцину на возможность подготовки иммунной системы к борьбе с ВИЧ-инфекцией. Главная трудность в создании таких вакцин в том, что вирус ВИЧ очень быстро мутирует и, кроме того, имеет белки-имитаторы, обманывающие иммунную систему, так что найти уязвимые места вируса очень трудно. Предыдущие усилия по разработке безопасной и эффективной вакцины против ВИЧ оказались безуспешными: вакцина, которая

показала некоторые возможности к стимулированию иммунной системы, не получила одобрения Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США.

Учитывая расплывчатый характер ВИЧ, эффективные антитела должны иметь узкую специализацию, направленную на распознавание штаммов именно этого вида. У большинства людей выработка таких антител занимает около 3 или более лет – к тому времени ВИЧ уже глубоко внедряется в организм, и при отсутствии лечения пациент заболевает СПИДом. Новая вакцина способна справиться с этим процессом за несколько недель.

Исследователи выполнили свою работу на макаках-резусах, которые считаются лучшей моделью для проверки иммунной системы человека. В доклинических исследованиях иммунный ответ был выработан у 9 обезьян из 12. Следующий этап исследования – испытания на людях. Напомним, одновременно в ЮАР начались испытания вакцины против ВИЧ-инфекции. В исследовании, получившем название HVTN 702, примут участие 5400 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 35 лет.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.
По сообщению CNN.

Исследования

Имплантат-спасение

Исследователи из Базельского университета (Швейцария) разработали новый метод инсулиновой терапии, который избавит пациента, страдающего сахарным диабетом 1-го типа, от постоянных инъекций. Новый препарат представляет собой генетически модифицированные клетки, которые имплантируются под кожу, продуцируя инсулин в строго необходимых количествах.

По словам руководителя исследований доктора Мартина Фуссенеггера, к 2040 г. каждый 10-й человек на планете будет страдать от одного из типов сахарного диабета, при этом современные методы лечения с помощью инъекций не могут строго контролировать уровень сахара в крови, что приводит к осложнениям на глазах, нервной системе и сердце. При этом пациенты должны вводить инсулин несколько раз в день.

Учёные заявили, что лицензия на клинические испытания технологии на пациентах будет получена в течение 2 лет. Если эффективность и безопасность нового препарата будет подтверждена клиническими испытаниями, больные смогут избавиться от ежедневных уколов, меняя имплантат всего 3 раза в год. При этом препарат будет применяться не только для лечения больных сахарным диабетом 1-го типа, но и для больных диабетом

2-го типа, если они нуждаются в инсулиновых инъекциях. В результате это не только повысит качество жизни больных, но и избавит их от негативных последствий инсулиновой терапии.

Испытания препарата были проведены на мышах, больных диабетом 1-го типа. В ходе исследований мыши были обработаны таким образом, что потеряли все свои инсулин-продуцирующие клетки поджелудочной железы. Затем человеческие клетки были заключены в пористую капсулу, которая защитила их от иммунной системы мыши, но допускала выход инсулина наружу. В результате все животные, которым вшили имплантат, имели нормальный уровень глюкозы в крови в течение нескольких недель.

Механизм помещения клеток в специальные капсулы позволит впоследствии не дифференцировать клетки для разных пациентов, а заранее изготавливать имплантаты в промышленных масштабах, причём клетки поджелудочной железы будут брать не от доноров, а выращиваться в лабораторных условиях. Старт для коммерческого использования данной технологии уже создан, и в случае успешных клинических испытаний продукт выйдет на рынок в течение 10 лет.

Алина КРАУЗЕ.
По сообщению The Guardian.

Начало

Замедляя старение

Учёные из Института Солка (США) разработали способ отсрочить процесс старения организма, перепрограммировав клетки и улучшив таким образом регенерацию старых органов. Правда, эксперимент был проведён на мышах, несущих в организме мутации преждевременного старения, однако перепрограммирование химической среды клетки – так называемых эпигенетических меток – действительно уменьшили признаки старения и продлили продолжительность жизни грызунов в среднем от 18 до 24 недель.

По словам ведущего исследователя Хуана Карлоса Бельмонте, исправить генетическую мутацию, которая несёт преждевременное старение, невозможно, но, как оказалось, старение является пластичным процессом, зависящим от состояния не только генетического материала, но и самой клетки.

Это первое успешное исследование возможности программирования клеток для управления старением. Предыдущие эксперименты приводили либо к смерти мышей, либо к образованию обширных опухолей. Чтобы избежать прежних провалов, команда Института Солка использовала частичное перепрограммирование, не вызывающее опухоли и не приводящее к смерти.

Как известно, полное перепрограммирование, превращает взрослые клетки в индуцированные стволовые клетки (ИПС) – они имеют высокие показатели размножения без спецификации тканей. Команда Солка индуцировала экспрессию нескольких клеточных факторов в течение короткого времени – от 2 до 4 дней, за которые клетки не успевали полностью потерять дифференциацию, однако признаки возрастных дисфункций уменьшались.

Как показали эксперименты, частичное перепрограммирование клеток снижало накопление повреждений ДНК и восстанавливало ядерную структуру клетки. Эпигенетические метки, пояснили учёные, меняются в течение всей жизни в ответ на изменения окружающей среды, регулируя и защищая геном. Однако с возрастом эпигеном меняется в разрушительную для организма сторону.

В результате частичного перепрограммирования клеток учёным удалось добиться улучшения функционирования тканей кожи, селезёнки, почек, желудка и сердечно-сосудистой системы.

«Сложно сказать конкретно, почему животное живёт дольше, – пояснила соавтор исследования Палома Мартинез-Редондо. – Пока мы просто знаем, что изменение эпигенетических факторов ведёт к отсрочке старения на клеточном уровне и на уровне всего организма в целом». В этой связи последующие исследования будут посвящены выяснению механизма эпигенетических изменений во время частичного перепрограммирования».

Разумеется, говорить о применении такой технологии на людях преждевременно, работа исследователей Института Солка – только начало изучения этого механизма. Тем не менее сама по себе доказанная возможность отсрочки старения организма даёт надежду, что через несколько лет мы сможем отложить собственную старость при помощи всего лишь пары уколов.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению CNN.

Комиссия кнессета (Парламент Израиля) по труду, социальному обеспечению и здравоохранению (КТСОЗ) приняла постановление, разрешающее лицензированным фармацевтам с опытом работы более 5 лет выписывать рецепты хроническим больным. По сути, речь идёт о праве, предоставляемом аптекарям продлевать рецепты, ранее выписанные врачами. Фармацевт, получивший такое право, обязан предварительно проверить состояние здоровья больного. Поэтому он должен обладать соответствующими врачебными познаниями. С этой целью в ряде городов созданы специальные курсы, дополняющие фармацевтическую составляющую образования врачебным.

Отныне израильский фармацевт, удовлетворяющий вышеуказанным условиям, может выписывать препараты, используемые для лечения акне, запоров, глазных и кожных инфекций, мигрени и ряда других болезней. К хроническим болезням, при которых разрешено продлевать рецепты непосредственно в аптеке, также относятся: болезнь Паркинсона, диабет, мышечные недомогания, заболевания щитовидной железы и урологические заболевания. Одновременно израильский фармацевт

А как у них?

После бурных дебатов...

Израильским фармацевтам разрешили выписывать лекарства

обладает правом, если предварительная проверка здоровья пациента его не удовлетворяет, отказать в выдаче препарата, направив его к врачу.

В ходе бурных дебатов, которыми характеризовались заседания КТСОЗ по вопросу разрешения аптекарям выполнять врачебные обязанности, депутат Абдалла Абу-Маруф от «Объединённого арабского списка», врач по профессии, а также заместитель председателя Профсоюза медицинских работников доктор Альберто Ольховски высказались резко против подобного нововведения.

«В некотором смысле принуждение фармацевтов к постановке диагноза является нарушением закона, ибо это не входит в их компетенцию», – отметил в своём выступлении А.Ольховски. Продолжая свою мысль, доктор Ольховски предупредил: «Иногда выглядящая вполне безобидно высыпавшая на теле сыпь на самом деле является признаком системного заболевания. Мы отдаём пациентов в руки тех, кто

не имеет базовых специальных знаний».

Доктор Абу-Маруф обратил внимание на существование «закона, в соответствии с которым лекарство можно прописать только после постановки диагноза врачом». Абу-Маруф приходит к следующему выводу: «В случае, если фармацевт прописывает лекарство, с врача, семейного или узкого специалиста, курирующего больного, должна быть полностью снята ответственность за последствия».

Но эта точка зрения была оспорена большинством депутатов, входящих в КТСОЗ и приглашённых на заседание специалистов, а также главным фармацевтом министерства Израиля Эялем Шварцбергом, который считает правильным предоставлять аптекарям разрешения выписывать лекарства. Он заверил депутатов кнессета, членов КТСОЗ, в том, что, прежде чем выносить данный вопрос на парламентское обсуждение, его тщательно про-

работала специально созданная авторитетная ведомственная комиссия из фармацевтов, фармакологов, врачей. В обсуждениях принимали участие также юристы, имеющие медицинское образование.

Председатель комиссии по труду, соцобеспечению и здравоохранению Эли Алалуф, депутат от партии «Кулану» («Все мы»), в своём выступлении подчеркнул: «Ни у кого не может быть сомнения в том, что фармацевты – специалисты с медицинским образованием – не лишены и обычного здравого смысла. Новое положение, разрешающее фармацевтам выписывать лекарства, лишено формализма, а потому не запрещает любому больному обращаться к врачу».

Депутат Мерав Бен-Ари, однопартиец Э.Алалуфа, врач по образованию, обратила внимание на тот факт, что «большинство лекарств, которые разрешается выписывать фармацевтам, предназначены для наружного применения». Что же касается препаратов в некотором смысле

«рискованных» (например, кодеина), которые ранее входили в список разрешённых к выписыванию фармацевтами, то их удалили из него ещё в 2014 г.

Хроническим больным предоставлено право раз в год подписывать договор с выбранной ими аптекой или непосредственно с фармацевтом о своём согласии на продление рецептов. И хотя рецепты могут выписываться на срок не более года, пациент имеет право прекратить действие договора в любой момент. Независимо от того, посещал или не посещал врача клиент аптечного учреждения, которому фармацевт намерен выписать лекарство, перед ежегодным продлением рецептурного списка аптекарь обязан удостовериться, что у его пациента не произошло кардинальных изменений в состоянии здоровья.

Новые правила были введены в рамках программы по снижению загруженности врачей в поликлиниках.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Почему бы и нет?

Учёные не в первый раз пытаются разработать тесты, позволяющие быстро диагностировать ту или иную опухоль, а также выяснить, будет ли она метастазировать. Очередную попытку предприняли исследователи из Университета королевы Марии (Великобритания), которые представили тест для выявления метастазирования при раке предстательной железы.

Метастазы? Кровь покажет...

Авторы поясняют, что на наличие вторичного очага укажут опухолевые клетки, присутствующие в образцах крови пациентов. Для того чтобы подтвердить работоспособность теста, учёные изучили кровь, взятую у 80 пациентов с раком предстательной железы.

Они выяснили, что чем больше в крови было клеток определённого типа, тем более агрессивной была опухоль и тем выше оказывалась вероятность её метастазирования. Маркёром высокого риска образования метастаз было присутствие в образцах крови циркулирующих клеток, экспрессирующих мезенхимальный белок виментин. Для того чтобы обнаружить опухолевые клетки и идентифицировать их, авторы применили новую технологию сепарации клеток.

Йонг-Джи Лю и другие члены исследовательской группы хотят проверить точность диагностики на более крупной выборке. Они считают, что новый тест в комбинации с другими методами поможет выявлять опухоли с высоким риском метастазирования рака предстательной железы. Врачи смогут назначать таким больным терапию, которая позволит снизить риск образования метастаз.

Ранее другие учёные сообщили о создании тестов для обнаружения самого заболевания. Исследователи пытаются создать метод, который станет альтернативой PSA-тесту, эффективность которого в последнее время часто подвергается сомнениям.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации
Science Daily.

Гипотезы

Кофе и диабет

В США был проведён анализ метаанных порядка 28 исследований, в ходе которого стало ясно, что употребление натурального кофе в полной мере способствует снижению риска развития сахарного диабета 2-го типа.

Стало известно, что если учесть индивидуальность каждого человеческого организма, а также долю отрицательного действия бодрящего напитка на организм, то, возможно, горячий напиток снизит риск заражения данным заболеванием. Можно упомянуть о том, что сахарный диабет 2-го типа – ин-

сулинонезависимый диабет – это заболевание, которое передаётся по наследству. В общем количество принявших участие в данном тесте входили миллионы человек, в том числе и те, кто страдает диабетом этого самого 2-го типа. Отметим, что чуть ранее появлялась информация о негативном влиянии кофе на сон: употребление этого напитка за 6 и менее часов до сна способно нанести организму серьёзнейший урон. А регулярное употребление кофе снижает длительность сна на целый час.

Валентин ПОЗДНЯКОВ.
По информации Diabetes Care.

Эксперименты

Пересадка на станцию «Глаз»

Вплоть до настоящего времени учёным ещё ни разу не удавалось осуществить полную пересадку глаза. Попытки провести такую трансплантацию ведутся – уже проведено немало экспериментов на животных.

Как известно, глаз – сложная структура, целый комплекс, включающий в себя мышцы, нервы и кровеносные сосуды, которые соединяются непосредственно с головным мозгом. В 1977 г. Национальный институт глаза США заявил, что полностью пересадить глаз невозможно. Пересаженные в ходе эксперимента органы зрения отторгались, а восстановление кровотока и иннервации глаза не происходило.

Команда исследователей из Университета Питтсбурга (США) объявила, что ведёт подготовку к операциям по пересадке глаза – такая трансплантация может быть осуществлена в течение ближайших 10 лет. Если подобные пересадки начнут использоваться в клинической практике, то это поможет вернуть зрение тем, кто утратил его в результате травм или заболеваний. Киа Вашингтон, руководитель исследовательской группы, говорит, что многие учёные относятся к такой затее со скепсисом.

Учёные из Питтсбурга надеются преодолеть все сложности и добиться того, чтобы пересаженный глаз оказался полностью функционален. Сейчас они проводят эксперименты на лабораторных крысах, отработывая методику сохранения жизнеспособности клеток зрительного нерва и даль-



нейшей стимуляции их роста. Они поясняют, что важно сохранить нейроны живыми ещё при изъятии донорского глаза.

В 2010 г. учёным удалось идентифицировать ген, отвечающий за жизнеспособность зрительных нейронов. Выяснилось, что нервные клетки мышей, лишённых гена BAX, оставались живыми в течение длительного времени после повреждения зрительного нерва. У тех, у кого ген присутствовал, нейроны погибали в течение 3 недель. Препарат, ингибирующий работу BAX, способен продлить жизнь нервных клеток и сохранить орган для пересадки.

Вторая проблема, которая также требует решения, – стимуляция роста нервных клеток. Специалисты из Гарвардской медицинской школы (США) нашли методику перепрограммирования нейронов, превращения старых клеток в более молодые. Под

действием целого комплекса соединений учёные смогли добиться стимуляции роста нейронов и восстановления целостности зрительного нерва у мышей. Правда, зрение после этого к животным не вернулось. Они смогли снова видеть после прохождения курса 4-AP, препарата, предназначенного для лечения рассеянного склероза.

Учёным предстоит справиться ещё со множеством сложностей, прежде чем они будут готовы проводить эксперименты по трансплантации глаз людям. Среди тех, которые уже упоминались, необходимо снизить риск отторжения пересаженного органа – традиционной проблемы, сопровождающей операции по трансплантации. Это будет исследовано на крысах и приматах.

Герман АКОДИС.
По сообщению STAT News.

А ещё был случай

Банно-врачебная идиллия

«У старых друзей есть давняя традиция:
ежегодно 31 декабря...»
(«Ирония судьбы, или С лёгким паром!»)

Сюжет знакомый? Ещё бы, он знаком каждому в нашей стране с 1975 г. благодаря бессмертной кинематографической работе Эльдара Рязанова. Весь его фильм проникнут новогодним настроением и ожиданием чуда, счастья... которого так не хватает... Поэтому в нашей стране для людей многих профессий предновогоднее посещение бани стало доброй традицией. Только наши коллеги – врачи, по причине своей чрезвычайной занятости, в каждый предпраздничный период не то что сходить в баню – подумать о ней не успевают: вызовы, обходы, операции, приёмы и опять – вызовы, обходы...

Зато в новогодние каникулы (при отсутствии дежурств, конечно) – «обставляют» поход в баню со вкусом: тут тебе и парилочка, и контрастные снежные процедуры, и «шашлычок под коньячок», ну и байки разные медицинские... Ну как же без этого!

Вот в такую весёлую компанию коллег и влилась я в начале января уже весьма отдалённого года.

В настоящей русской бане я давно не была, даром что работала далеко – в Белоруссии. Но так как я сельский врач в больнице с 60 койками и 4 ФАП-овскими участками – мозг мой «парится» ежедневно: обход, приём, вызовы (на «банном» языке – душ, парилка, контрастный душ).

Париться «по-человечески» я не мастак, поэтому наблю-



дала и вникала во все тонкости этого действа. Собрались таким составом: сосудистый и нейрохирург, хирург-гинеколог и дерматовенеролог, ну и я – простой сельский врач, на все руки «мастак».

Скромную маленькую баньку в Смоленской губернии, на границе «владений» нейрохирурга и хирурга-гинеколога, как следует натопили, шашлычков намариновали... ну и с богом! Сначала парились мужчины – недолго, ведь для них главным в этой «банно-прачечной пьесе» был второй акт – с шашлычками и всем прилегающим.

У женщин всё наоборот. Мы «усердствовали» в первом акте: мылись и так, и этак, истязали себя берёзовыми вениками, наносили разнообразные маски на все доступные части тела... почти всю воду истратили. Но

мои приятельницы не растерялись – быстро занырнули в припасённые халаты, сбегали на улицу и притащили целый

таз снега. Пока водрузили этот таз на раскалённую печь, а сами намеревались в это время приступить к самым креативным парильным процедурам – снежным растираниям. Я и эти-то банные ужасы («поддачи» и «троекратные заходы») с непривычки переносила с трудом, изнывала от жары и пара. А «снежные обёртывания» – ну уж нет! Ни за что! Ссылаясь на отсутствие халата и интерес к омолаживающим маскам, с приятельницами на улицу не пошла, а разлеглась на полке и наслаждалась отсутствием опытных парильщиц и их активных наставлений. Впрочем, маска на лице уже пересохла, впилась в распаренную кожу, пора её смывать. Дефилирую к тазу, где ещё несколько минут назад гордо белел снег, а теперь плещется вода. Опускаю

руки и... когда же этот снег, точнее вода, успели так нагреться? Да это же уже кипятки! Да это же уже стопроцентный ожог обеих рук! Да на Новый год! Эти страшные мысли пронеслись в моём мозгу, пока я сама неслась в зелёной застывшей маске на лице мимо моих не в меру «креативных парильщиц», мимо изумлённых «шашлычных дел мастеров» – до ближайшего сугроба. И утонула в нём руками. Да, комбустиологию нам преподавали достойно! Через 20 мин на моих руках не оказалось никаких следов термического повреждения. На голом теле – никаких следов переохлаждения. Последнее – уже благодаря «банной подготовке».

А через час мы все, мытые-перemyтые, мирно восседали за столом с шашлычком и коньячком и приступали к заключительной части банно-врачебных посиделок, самой важной и любимой его части, выражаясь медицинским языком – к эпикризу: к занимательным и забавным историям из нашей практики.

Да, у русского врача, как и у любого русского человека, есть замечательная традиция: перед... или после Нового года: «мы направляемся в баню, чтобы хорошенько попариться, поговорить, попить пивка и просто обсудить все те новости, которые произошли в нашей жизни за последнее время».

С Новым годом, дорогие коллеги, и с лёгким паром!

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Смоленск.

Умные мысли

Новогоднее тостирование

«Великий Гиппократ однажды мудро заметил: «Вредно пить не перед едой, а вместо неё!».

Вот почему я предлагаю тост за то, чтобы на нашем столе всегда была не только выпивка, но и закуска!

* * *

«Один труженик всё время спал на работе, и начальство весьма положительно смотрело на это».

Так выпьем же за тех, кому удалось устроиться работать испытателями снотворных препаратов!

* * *

«Травматологи говорят: «Истина потому и избитая, что она в вине!»

Так давайте же сейчас наполним наши бокалы более крепкими напитками и выпьем за нашу крепкую дружбу!

* * *

«Одна дама села на диету и... задавила её».

Я вспомнил об этом, чтобы поднять сейчас бокал за то, чтобы никого из нас в Новом году никто не посадил, а тем более не задавил!

* * *

«У одного не очень молодого человека при виде упитанной женщины тут же опускались руки».

Поднимем же сейчас наши бокалы за настоящих мужчин, у которых при виде любых женщин всё всегда будет наготове!

* * *

«У одного человека была странная привычка – выпив, закусывать... удила!

Давайте же сейчас выпьем за то, чтобы у нас всегда было закусывать чем-то более полезным, питательным и вкусным!

* * *

Однажды врач сказал одному своему пациенту, доставшему его жалобами на бессонницу: «Рекомендую вам вот эти чудодейственные лекарства: одну таблетку следует выпить после ужина, вторую – перед сном, а третью... Третью, если проснётесь!»

Так поднимем же этот бокал за то, чтобы мы всегда просыпались перед третьей!

Евгений ТАРАСОВ,
врач.

Москва.

(Следующий номер «МГ» выйдет 11 января 2017 г.)

“Дон ... Массне					Материя в Океании		Пред-приятие	СКАНВОРД										Арт. орудие					Коонен	Южное созвездие
	Тропич. постройка	Врач		Нифедипин					Благородный газ					Пресмыкающееся		Временный арест	Бывает при простуде		Лук		Трагедия Корнелия			
				Старин. обувь		“Марокко”, актриса	“Олеся”	Пианист на вечере	Свидина	Погран. отряд	Милна-ципран		Один-ночный забег			Перелет птиц								
	Город. Красноярский край	Убыль активности						Выгода			“... на Дне-пре”, Рерих								Актриса ... Эвер					
				“... на грозу”				Фейхоа	... что стрела разит				Собака			Остров, Филиппины								
	Орни-дазол	Пещера				Стоянка трам-ваев			Муз. знак		Камчат. гагара (стар.)	Остатки деревь-ев	Рус. лексико-граф					Самолет						
				Костяная нога		“Франциск”, актер		Поэма Анти-маха			Нем. психолог			Б Л А Д			Д Е К С Д О Р							
														К О В А Р	Л П	К	Л Ь Д И Н А	Т Ц	Б					
														О Е	А Л Ь Г Е Н И Б	И Е	Л	К А Д И	О					
														Л Е Л Ь	К Н	Л А Н Ц И Д	Б И В А К	К Э Ш						
														О А	Т Р А Н С	Н А	К А К И	Л	Н А В А Х А					
														Б И Ф О Р А	А	Ш П А К	И	А Г А Т О Н	Т О Н					
														О А	А Б А К А	О Х И	Т У З							
														В А К А Т	Т А Г И Л	Т Р О П А								
														С	А К У Л А	К А С	С А Д							
Автор Валерий Шаршуков			Психиатр ... Модсли		Горький порошок				Кавк. мясное блюдо															

Отчеты на сканворд, опубликованный в № 96 от 21.12.2016.